

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS SAINT-ANTOINE

ANNÉE 1975

No 25

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

JEAN-LOUIS GODIER

né le 31 Mars 1949 à Noisy-le-Sec (Seine Saint-Denis)

Présentée et soutenue publiquement le

1975

LES CENTRES DE SANTÉ MUNICIPAUX

Contribution à l'étude d'une forme nouvelle de la Médecine de soins :
les Centres Médico-Sociaux Municipaux de Drancy et de Bobigny (Seine Saint-Denis).

Président, M. DEBRAY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS SAINT-ANTOINE

ANNÉE 1975

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

JEAN-LOUIS GODIER

né le 31 Mars 1949 à Noisy-le-Sec (Seine Saint-Denis)

Présentée et soutenue publiquement le

1975

LES CENTRES DE SANTÉ MUNICIPAUX

Contribution à l'étude d'une forme nouvelle de la Médecine de soins :
les Centres Médico-Sociaux Municipaux de Drancy et de Bobigny (Seine Saint-Denis)

Président, M. DEBRAY, Professeur



FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM. ANDER	Hématologie
BRICOUT F.	Bactério-virologie
BRISSAUD H.	Pédiatrie
BROCARD H.	Pneumologie
CATINAT J.	Cardiologie
CERBONNET	Chirurgie
CHALUT J.	Radiologie
CHERIGIE Ed.	Radiologie
CHIGOT Ph.	Chirurgie Infantile
CONTAMIN Fr.	Neurologie
CONTE M.	Médecine
DAGUET G.	Bactériologie
DEBRAY J.	Médecine
DECROIX G.	Pneumologie
DRY J.	Médecine
DUHAMEL G.	Hématologie
FLABEAU	Chirurgie
GERBEAUX J.	Thérapeutique
GIRARD F.	Physiologie
GOSSET J.	Chirurgie
GOLVAN Y.-J.	Parasitologie
HUGELIN A.	Physiologie
LAPLANE R.	Pédiatrie
LELORIER G.	Obstétrique
LOEPER J.	Médecine Expérimentale - Immunologie
LOYGUE J.	Chirurgie
MALAFOSSE M.	Chirurgie
MAROIS M.	Histologie
MILHAUD G.	Biophysique
NICK J.	Neurologie
ORCEL L.	Anat. Pathologique
PERRAULT M.	Médecine
PICARD J.	Biochimie
	Pneumologie
POLONOVSKI C.	Pédiatrie
POLONOVSKI J.	Biochimie
RICHET G.	Néphrologie
SALMON Ch.	Immunologie
N...	Obstétrique
SARAUX H.	Ophthalmologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. ARDAILLOU R.	Physiologie
ATTAL Cl.	Pédiatrie
Mme CHAPUT A.	Stomatologie
MM. CHEYMOL G.	Pharmacologie
GUIRAUDON G.	Anatomie
LASFARGUES G.	Pédiatrie
ROUX Ch.	Embryologie
WARGON H.	Méd. Expérimentale
WEINMANN S.	Biochimie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM. AKOUN G.	Pneumologie
ALBY J.-M.	Psychiatrie
AMSTUTZ P.	Réanimation
APOIL A.	Orth. Traum.
Mme ARON D.	Ophthalmologie
MM. BARRITAU L.	Biophysique
BAUX S.	Orth. Traum.
BIGOT R.	Radiologie
BODIN Fr.	Médecine
BOURY G.	Chirurgie
CHOUARD Cl.	O.R.L.
CLOAREC M.	Médecine
Mme COMBRISSE A.	Hémato-Immu.
MM. COTIN G.	O.R.L.
DELIGNE P.	Anesthésiologie
LEVY V. G.	Hépatogastro.
MENSCH B.	Biophysique
MERY Ph.	Néphrologie
Mme MIGNON Fr.	Néphrologie
MM. MONNIER J.-P.	Radiologie
NAJMAN A.	Hématologie
NICOLLE M.	Neurologie
OPOLON J.	O.R.L.
PAQUELIN Fr.	Hépatogastro.
PISSARRO B.	Méde. Préventive
PRUDHOMME	
SAINT-MAUR P.	Anat. Pathologique
RAMPICCI Cl.	Biochimie
RICHARDET J.	Pédiatrie
ROLAND J.	Anat. Pathologique
FONTAINE J.-L.	Pédiatrie
GAUTIER H.	Physiologie
GOLDLUST D.	Radiologie

GRUNER M.	Chirurgie Infantile
GUILMET Cl.	Anesthésiologie
HERMAN D.	Médecine
HUGUET Cl.	Chirurgie
HUGUIER M.	Chirurgie
KRULIK M.	Médecine
LAUGIER A.	Radiothérapie
SALAT J.	Obstétrique
SANTARELLI J.	Obstétrique
TOURNIER G.	Pédiatrie
VERGEZ P.	Bactériologie
WITCHITZ S.	Cardiologie
THOMAS M.	Médecine (ff)
N...	Radiothérapie
DARNIS F.	Hépatogastro
N...	Ophthalmologie
N...	Neurologie
N...	Immunologie

ENSEIGNANTS ASSOCIES :

M. ELIAKIS Em. Médecine Légale

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS :

M. KIRSCH Fr. Physiologie Biochimique

CHARGES D'ENSEIGNEMENT :

MM. BENOIST	DUNET
BRUEZIERE	SALOMON
CASASSUS	SCETBON
COUVREUR	VERGOZ
CHRISTOL	

ATTACHES D'ENSEIGNEMENT :

MM. ANGLERAUD	des LAURIERS
BAKOCHE	MAY
BENAIM	MIGNOT
BLOCH Michel	Mme PANKOW
GIRAUDEL	MM. ROBERT
KIPMAN	SAUVAN
LAURAS	SCHNEIDER

A Monsieur le Professeur DEBRAY

qui a bien voulu parrainer cette thèse,

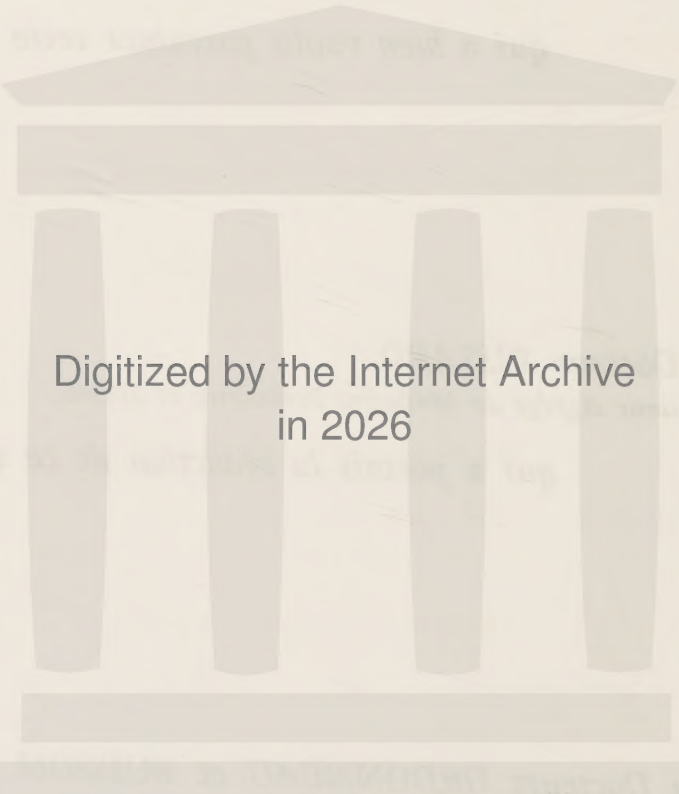
Au Docteur PISSARO,

Professeur Agrégé de Médecine Préventive et Sociale,

qui a permis la rédaction de ce travail,

Aux Docteurs ORDONNEAU et BUISSON,

en remerciement de leur enseignement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Françoise,

A Jean-Jacques, mon frère,

A mes Grands-Parents,

*A mes parents,
qui ont creusé le sillon,*

*Au Docteur Jean REIGNER et aux Equipes
des Centres Médico-Sociaux,*

Aux Municipalités de Drancy et de Bobigny,

qui ont tant fait pour la Médecine Sociale.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

JEAN-LOUIS GODIER

LES CENTRES DE SANTÉ MUNICIPAUX

Contribution à l'étude d'une forme nouvelle de
la Médecine de soins :

les Centres Médico-Sociaux Municipaux
de Drancy et de Bobigny (Seine Saint-Denis)

SOMMAIRE

Chapitre I

Historique : Du Dispensaire aux Centres Médico-Sociaux	15
Données démographiques	17

Chapitre II

Structures actuelles ; quelques vues statistiques	19
Organigramme des Centres Médico-Sociaux de Drancy	22
Organigramme des Centres Médico-Sociaux de Bobigny	23

Chapitre III

Les activités des Centres	27
La médecine générale	27
Les visites à domicile	29
Les consultations de spécialités	31
Le laboratoire	33
La psychiatrie	33
Les liaisons des Centres	35

Chapitre IV

L'équipe des Centres	39
Les médecins	39
Les infirmières	48
Le personnel administratif	49
L'assistante sociale	51
La Direction et le Médecin-Chef	52

Chapitre V

Les locaux	56
Les surfaces	58
Les structures architecturales	59
La circulation des informations et le dossier	65
Quelques problèmes technologiques	71

Chapitre VI

Le financement et le budget	75
Structure budgétaire	77
Etablissement du budget annuel	77
Les recettes	78
Les dépenses	81
Bilan et déficit	85

Chapitre VII

Les malades	88
Facteurs culturels et sociaux	88
Facteurs religieux	89
Facteurs économiques	89
Les motivations	90

Chapitre VIII

Conclusion et perspectives	92
----------------------------------	----

Chapitre IX

Bibliographie	94
---------------------	----

I. — HISTORIQUE : DU DISPENSAIRE AUX CENTRES MEDICO-SOCIAUX

« Avant la Grande Révolution, Bobigny était enclavé dans les bois de la Forêt de Bondy, une grande ferme était à son centre. Tout autour de vastes étendues de terrain avaient été défrichées, la grosse culture y florissait. »

Abbé FERRET.

A quelques kilomètres de Paris, au milieu de la plaine de la banlieue Nord-Est, les villes de Drancy et de Bobigny, communes voisines, qu'aucun obstacle géographique ne sépare, sont étroitement imbriquées au point de vue du tissu urbain, des circulations, des activités humaines : une longue tradition de voisinage rend étroites les relations entre les deux villes.

Toutes deux sont situées dans le département de la Seine-Saint-Denis. Bobigny, chef-lieu du nouveau département, compte 52 000 habitants, pendant que Drancy en héberge 80 000. Il s'agissait, à l'origine, de deux pauvres villages de la plaine de France (Bobigny comptait 244 habitants en 1800 et 1600 en 1900 (1), Drancy n'était qu'un hameau (2) dont l'essor remonte aux premières années du Vingtième Siècle).

C'est dans les années « 20 » que les premières structures médicales furent mises en place : en 1917, à Bobigny, la Croix Rouge Américaine ouvrit le Dispensaire de la rue de la Ferme ; vers 1925, la Ville de Drancy créa le Dispensaire Municipal : l'Etablissement était créé pour soigner les « indigents » « du » Drancy, comme on disait à l'époque, ce Drancy en pleine mutation, ce village en passe de devenir une banlieue, où les ouvriers parisiens venaient « chercher le bon air »...

Une « Goutte de Lait » — organisme de bienfaisance mi-privé, mi-public — assurait la distribution quotidienne des biberons stérilisés aux nourrissons des « familles nécessiteuses ». Cette institution fonctionna d'ailleurs jusqu'après la guerre de 1939-1945. On y voyait encore, cha-

(1) « Bobigny : notice historique ». Préfecture de la Seine. 1899.

(2) « Dranci-le-Grand » est un village situé à une grande lieue de Saint-Denis, vers l'Orient, sur le bord d'une plaine qu'on appelle la France. Son territoire consiste en labourage et en prés. On le nomme « Le Grand » pour le distinguer d'un autre nommé « Le Petit », qui lui est voisin au midi. Ce dernier était paroisse dès l'an 700, mais vers l'an 1600, cette paroisse fut réduite en simple chapelle, seule au milieu des champs. L'on n'y voit plus de maisons, sinon la ferme du Marquis de Mailly qui est au couchant de cette chapelle ». Les promenades des environs de Paris. R. de Vaugondy. Paris 1751 p. 12.

que matin, vers onze heures, affluer mamans et nourrices (les « nourrices sèches », car elles n'allaitaient pas : ce privilège étant réservé aux enfants des « beaux quartiers » de Paris). On venait « au lait »...

Le Bureau de Bienfaisance Municipal — ancêtre du Bureau d'Aide Sociale — distribuait des « bons de consultations » et le « nécessaire » (n'était-ce pas écrit en toutes lettres sur son papier ?) s'en venait au Dispensaire voir un médecin qui, souvent bénévolement, assurait ladite consultation. Il s'agissait de médecins libéraux — il n'y en avait d'ailleurs pas d'autres — qui acceptaient de distraire quelques heures de leurs activités pour soigner les pauvres de la commune.

Les locaux du Dispensaire étaient d'aspect monacal : une solide peinture grise enduisait les murs ; couloirs et salles d'attente étaient revêtus d'un robuste carrelage pendant que d'impératives pancartes (lettres noires sur fond jaune) conseillaient fermement aux malades de « ne pas cracher à terre ». De minuscules guichets d'inscription surveillaient en enfilade d'imposantes rangées de bancs de bois. « Hommes d'un côté, femmes de l'autre... »

Une vieille odeur de formol et de crésyl imprégnait l'ensemble.

Il faut dire que la phtisie et le croup étaient alors le cauchemar des mères de famille, car ces fléaux sociaux tuaient à qui mieux mieux. Cinquante ans après, combien de gens connaissent encore ces vieux noms de la tuberculose et de la diphtérie — maladies aujourd'hui jugulées par les traitements modernes ? La syphilis hantait l'esprit des familles, et toutes les tares possibles venaient du « mal napolitain ».

Ce vieux Dispensaire — comme tous ses semblables — était imprégné de traditions proches des Maisons de Charité des siècles antérieurs et des « Dames visiteuses », ces femmes de la bonne bourgeoisie qui s'en allaient « faire le bien » autour d'elles, éduquant le « bon peuple » en apportant les paroles d'apaisement et de résignation.

C'était l'époque où une infirmière bien née ne devait pas se marier pour « se consacrer à ses malades ». Et cette tradition n'est peut-être pas si lointaine encore dans certains corps de travailleurs sociaux ?

Bienfaisance, charité...

Bonnes paroles, résignation...

Certes, les bonnes volontés étaient nombreuses pour participer à la vie de ces œuvres sociales qu'étaient le Bureau de Bienfaisance, le Dispensaire, la Goutte de Lait.

Mais l'esprit même de leur action était pernicieux, prônant ces idées de bienfaisance, de charité, de résignation devant le malheur et le besoin.

Les derniers ouvriers agricoles « du » Drancy, les journaliers des maraîcheries de Bobigny, les premiers habitants des lotissements — ceux-ci se heurtant, déjà, aux insuffisances des « promoteurs » — allaient découvrir la nécessité de se donner des Municipalités susceptibles de mieux les représenter, de créer les équipements collectifs indispensables à ces Villes en train de naître. (1)

Après la tourmente de la dernière guerre, l'année 1948 marqua un tournant : les soins infirmiers à domicile furent mis en route. Les malades se souvenaient encore des infirmières « municipales » qui s'en allaient alors à bicyclette puis, comble du modernisme, à vélomoteur, par tous les temps, assurer les soins aux malades alités. Un appareil de radio fut acquis par le « Dispensaire Municipal » : on « faisait les radios » à Drancy... Désormais, un spécialiste ORL opérait les enfants des amygdales et des végétations, leur évitant ainsi d'aller jusqu'à Paris.

Tout cela, en 1975, peut paraître dérisoire et démodé... Mais c'était pourtant une conquête sanitaire d'importance, le moyen donné à une population banlieusarde de se soigner, car les médecins libéraux n'étaient guère nombreux. Il n'y avait pas de clinique et les spécialistes parisiens étaient bien loin...

A Bobigny, dont l'essor démographique et le développement ne se produisirent qu'avec une dizaine d'années de décalage (2), c'est dans les années 1956 que la même mutation médicale eut lieu, le vieux Dispensaire de la rue de la Ferme fut transféré rue de la République, dans l'ancien bureau de poste désaffecté, en devenant le Centre Irène Joliot-Curie.

Puis, au fur et à mesure des années et de l'urbanisation des deux communes, les autres Centres naquirent : Pierre Rouquès et Jean Grémillon, à Bobigny ; Corentin Celton, Pierre Sémar à Drancy, les quatre services dentaires, les Centres de Protection Maternelle et Infantile... (3)

(1) Voir « Evolution politique de Bobigny : son influence sur quelques problèmes d'urbanisme » G. Godier 1959 et « l'opinion politique dans une commune de banlieue ». (Bobigny) M. Agulhen.

(2) A titre d'exemple, la Ville de Bobigny ne comportait en 1956 que quatre généralistes, un dentiste, aucun spécialiste ni kinésithérapeute exerçant à titre libéral. En dehors de l'Hôpital Franco-Musulman, on ne comptait aucun lit d'hospitalisation (clinique). Actuellement (1974), on dénombre 20 généralistes (dont 5 exerçant en cabinet de groupe), 4 spécialistes (2 radiologues, 1 ophtalmologue et 1 gynécologue), 6 dentistes et 5 kinésithérapeutes. Une clinique de 55 lits (chirurgie et maternité) s'est ouverte. Dans le même temps, la population est passée de 20 000 habitants (1956) à 52 000 (1973) dont 16 000 « moins de vingt ans » et 3 670 personnes de plus de 60 ans.

(3) Ces équipements médicaux se retrouvent d'ailleurs dans toute une série de communes voisines, de Bagnolet à Blanc-Mesnil, de Pantin à Aubervilliers. Un premier fait frappe l'attention : le parallélisme de ces structures sanitaires avec l'électorat et les Municipalités que se sont données les habitants de cette banlieue : globalement, on peut dire d'entrée de jeu que les Centres Médico-Sociaux sont le fait des villes de la banlieue ouvrière. Le niveau de vie, les difficultés économiques, le sous-équipement médical n'y sont certainement pas étrangers...

Ces créations correspondaient à l'aménagement de quartiers anciens (le « Pont de Bondy » avec le Centre Pierre Rouquès) ou à la construction d'ensembles H.L.M. (« Pont de Pierre » avec le Centre Jean Grémillon ; « l'Avenir Parisien » avec le Centre Corentin Celton). Ces nouvelles cités se trouvaient relativement éloignées de l'ancien noyau urbain : les communications n'étaient pas toujours aisées (quelques rares lignes d'autobus) et il convenait donc de doter ces quartiers d'un minimum d'équipement social (école, crèche, marché ou centre commercial, etc...). C'est avec cette préoccupation que les « Annexes » des Centres furent implantées — et continuent à l'être : en 1975, le Centre Médico-Social des Bois de Groslay équipera la Cité Marcel-Cachin de Drancy.

Toute une structure médicale a ainsi été mise en place au long de ces dernières vingt-cinq années.

Quelle est cette structure ?

Comment fonctionne-t-elle ?

Tel est le propos de notre enquête qui s'est attachée à l'étude d'une série de réalisations assez originales : les Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny.

II. — STRUCTURES ACTUELLES QUELQUES VUES STATISTIQUES

La structure et l'organisation des Centres Médico-Sociaux Municipaux de Drancy et de Bobigny sont étroitement calquées l'une sur l'autre.

Organisation strictement municipale — fonctionnant exclusivement avec du personnel communal (secrétaires et infirmières en tant que titulaires ; médecins, chirurgiens-dentistes et prothésistes en tant que contractuels), financés par les seuls fonds communaux, sans aucune subvention, ces Centres se répartissent en deux chaînes d'établissements dont les deux organigrammes ci-dessous donnent le détail.

Régi donc par chacune des deux Municipalités, l'équipement sanitaire communal (1) est dirigé par un médecin-chef sous le contrôle direct d'un Maire-adjoint, spécialement attaché aux questions sanitaires et sociales. (2)

Outre les activités de consultations et de soins, les Centres sont évidemment appelés à participer à la vie médicale de la Collectivité : colonies de vacances, foyers de retraite, etc... Ces liaisons fonctionnelles sont évoquées aussi dans les deux schémas qui suivent et au chapitre III.

Le détail des activités des Centres serait fastidieux à exposer ; il a semblé préférable d'en dresser un inventaire succinct, que l'on trouvera dans les pages suivantes.

(1) Tout au long de cette étude, on emploiera indifféremment le terme de « Centre Médico-Social » ou de « Centre de Santé ». Les deux terminologies recevant la même acception de Centre Médical géré par une Collectivité Publique.

(2) Voir page 52.

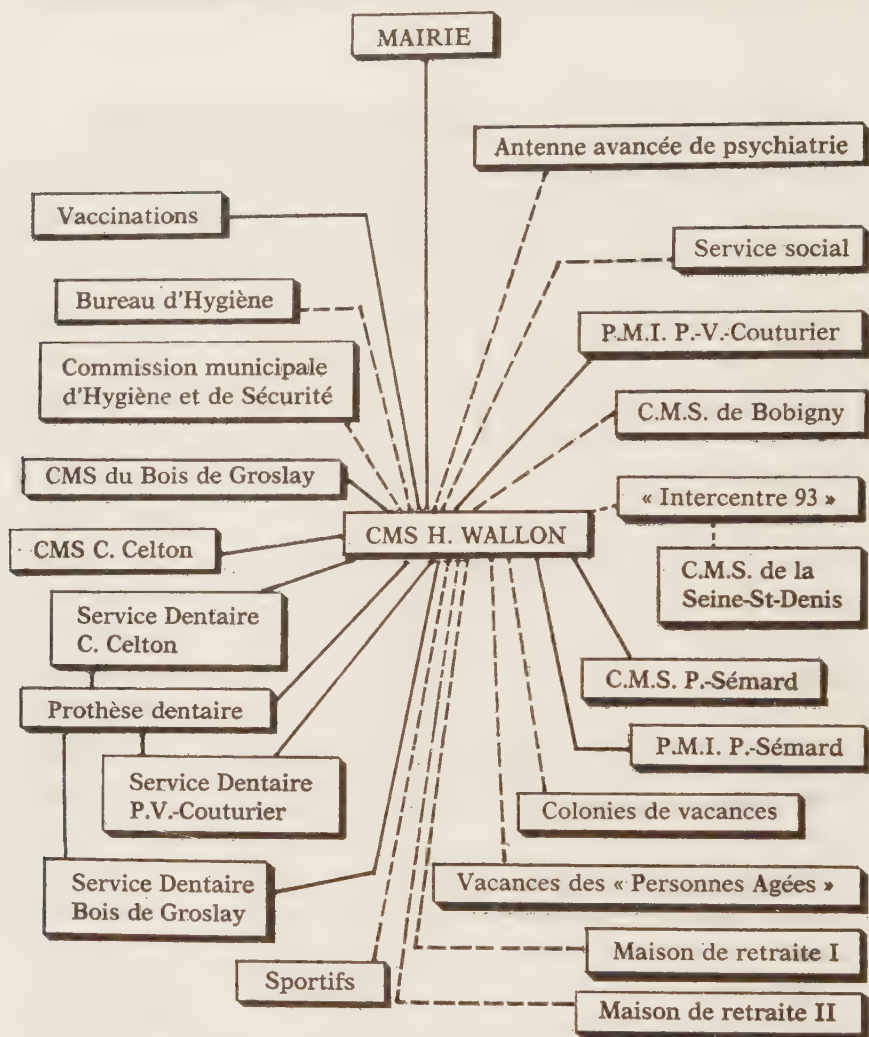
ACTIVITES HEBDOMADAIRES DES CENTRES DE DRANCY

	Henri Wallon	Centre C. Celton	Pierre Sémard	Serv. Dent.	Pro- thèse
Médecine générale	138 h	34 h	19 h		
Allergologie	3 h 30				
Pneumologie	3 h				
Pédiatrie	3 h 30	4 h	2 h		
Orthopédie	2 h				
Cardiologie	7 h				
Rhumatologie	10 h				
O.R.L.	5 h 30	2 h	1 h		
Ophthalmologie	9 h		1 h		
Phlébologie	10 h 30				
Dermatologie	4 h 30				
Psychiatrie	20 h				
Gynécologie	16 h 30	7 h	2 h		
Radiologie	21 h	1 h			
Gastro-Entérologie	4 h				
Vaccinations	2 h	0 h 30	1 h		
Laboratoire	15 h	3 h	4 h		
Soins	48 h	48 h	48 h		
Soins en ville	74 h				
Soins dentaires					
P.M.I. :				192 h	
— Prénatale	2 h				
— Nourrissons	9 h		6 h		
— 2 ^e âge	3 h		3 h		
Prothèse dentaire					192 h
Assistante sociale	+	/	/		
Médecin assermenté					
Centre vaccination internationale	+	+	+		
Centre Planification familiale	+	+	+		

ACTIVITES HEBDOMADAIRES DES CENTRES DE BOBIGNY

	Centre Joliot Curie	Centre Rou- quès	Gré- mil- lon	Centre Dent. Marx	Total
Médecine générale	88 h	51 h	41 h		180 h
Allergologie	5 h				5 h
Pneumologie	3 h				3 h
Pédiatrie	5 h	3 h	6 h		14 h
Cardiologie	3 h	2 h			5 h
Rhumatologie	3 h	3 h			6 h
O.R.L.	5 h	4 h	2 h		11 h
Ophtalmologie	8 h	4 h			12 h
Phlébologie	3 h	3 h			6 h
Dermatologie	4 h	2 h			6 h
Psychiatrie	10 h	3 h			13 h
Gynécologie	17 h	3 h	2 h		22 h
Radiologie	20 h	3 h			23 h
Gastro-entérologie	3 h				3 h
Vaccinations	2 h	2 h			4 h
Laboratoire	12 h	6 h	6 h		24 h
Soins	57 h	57 h	57 h		171 h
Soins en ville	18 h				18 h
Soins dentaires		153 h		204 h	357 h
P.M.I. :					
— Nourrissons	6 h				6 h
— 2° âge	2 h				2 h
Prothèse dentaire				240 h	240 h
Assistante Sociale	40 h				40 h
Médecin assermenté	+	+	0		
Centre vaccination internationale	+	+	+		
Centre Planification familiale	+	+	+		

ORGANIGRAMME DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX DE DRANCY



————— : liaisons organiques

- - - - - : liaisons fonctionnelles

CENTRE HENRI-WALLON : 2, rue de la République

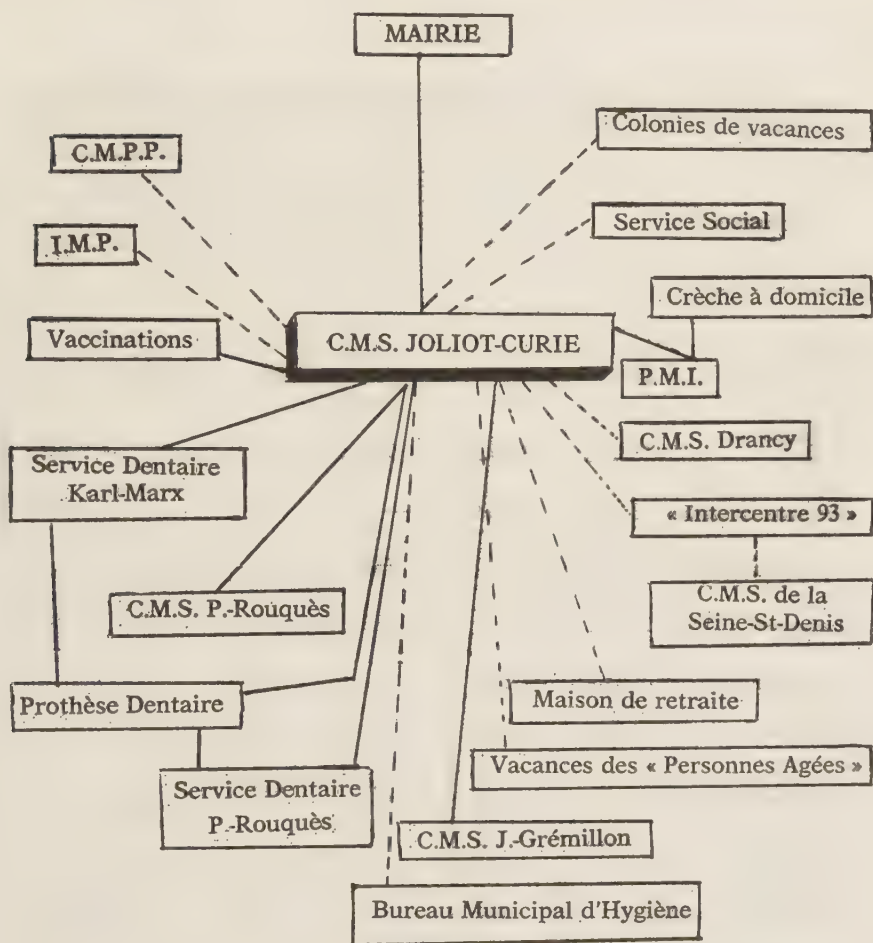
CENTRE C-CELTON : rue d'Estienne d'Orves

CENTRE P.-Sémard : rue des Myosotis

Centre des Bois de Groslay : rue des Bois de Groslay

Service Dentaire et P.M.I. : 22 boulevard P.-V.-Couturier

ORGANIGRAMME DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX DE BOBIGNY



———— : liaisons organiques

..... : liaisons fonctionnelles

CENTRE IRENE JOLIOT-CURIE : 2, rue de la République

CENTRE PIERRE-ROUQUES : 1, rue de l'Aviation

CENTRE JEAN-GREMILLON : Cité Jean Grémillon

Service Dentaire Karl-Marx : 10, avenue Karl-Marx

Service de P.M.I. : 16, avenue Karl-Marx

ACTIVITES 1968 - 1973 DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX DE BOBIGNY

Activités	Irène Joliot-Curie		Pierre Rouquès		Jean Grémillon	
	1968	1973	1968	1973	1968	1973
Médecine générale	11 533	14 520	9 733	7 894	3 684	5 863
Piqûres et soins	10 135	13 473	8 961	6 133	5 093	6 717
Piqûres de ville	3 018	1 538	—	271	—	338
Radio en « Z »	66 566	94 050	5 487	4 066		
Labo. en « B »	77 607	206 149	56 086	99 707	16 159	50 013
Ophtalmologie	1 269	1 567	1 101	1 225		
O.R.L.	678	770	575	465	183	229
Gynécologie	418	953	177	247	179	179
Cardiologie	303	455	194	241		
Phlébologie		585		376		
Gastro-entéro.		184				
Allergologie		816				
Pédiatrie	468	727	336	284	596	623
Dermatologie	626	769	426	346		
Rhumatologie	315	419	251	162		
Neurologie	282	408		170		
Pneumologie		119				
Vaccinations	641	572	518	176		

UN APERÇU DES ACTIVITES DES CENTRES DE DRANCY...

	Consultations de médecine générale	Soins infirmiers	Gynécologie	Laboratoire (en « B »)	Ouverture de nouveaux dossiers
1970	24 110	45 797	1 710	266 915	5 486
1971	25 746	45 032	1 755	300 211	4 842
1972	26 784	42 634	1 841	341 426	4 679
1973	27 266	43 689	1 912	419 533	3 996

Outre les « anciens », près de 20 000 « nouveaux » malades ont donc fréquenté les Centres en quatre ans (19 003 exactement). Les 3 996 dossiers nouveaux ouverts en 1973 signifient qu'un nouveau malade entre dans les centres toutes les quarante minutes.

Evolution de quelques activités du Centre Henri-Wallon de Drancy.

	1960	1963	1968	1973
Dermatologie (a)	1 377	1 173	1 459	1 436
Gynécologie	516	723	919	1 190
Médecine générale (a)	16 310	17 609	21 276	20 793
Labor. (en « B »)	52 141	119 099	190 844	340 047
Ophtalmo (a)	2 625	2 973	3 718	3 678
Pédiatrie (b)	826	884	1 273	823
Radio (en K puis en Z)	47 057	53 225	90 785	107 880
Cardiologie	346	711	1 111	924
Rhumatologie	999	987	1 673	1 467
Vaccinations (c)	5 586	2 100	903	1 236
Soins	34 713	33 821	33 465	34 631
Actes totaux	93 370	95 990	101 818	104 529

(a) Consultations « saturées », en deçà de la demande des malades.

(b) A signaler « l'auto-concurrence » de la pédiatrie avec la P.M.I.

(c) L'essor des années 1960 correspond à l'introduction des vaccinations antipoliomyélitiques

Si l'on tient compte de l'activité des Centres de P.M.I. et de Soins Dentaires, on arrive à un chiffre d'activités de 521 actes médicaux par jour, soit 58 à l'heure, ce qui signifie qu'environ un malade est soigné à la minute (pour l'ensemble des Centres de Drancy).

Evolution de quelques activités d'une « antenne de quartier » :
Le Centre Corentin Celton à Drancy

	Médecine (1)	Radio (2)	Labo (3)	Aérosols	Soins	Nombre de nouveaux dossiers
1969 (4)	1 388	988	13 458	46	2 798	879
1970	2 504	2 066	28 878	64	4 937	909
1971	3 241	1 730	31 266	91	5 866	825
1972	3 684	1 918	40 484	70	5 822	744
1973	3 716	2 486	52 206	151	5 029	631

(1) en nombre de consultations

(2) en « K » puis en « Z »

(3) en « B »

(4) date d'ouverture de l'établissement

VARIATIONS ESTIVALES DES ACTIVITES DES CENTRES DE DRANCY
(en nombre d'actes médicaux)

		Centre H. Wallon (1)	Centre C. Celton (2)	Centre P. Séward (3)
1972	Juillet	6 519	824	578
	Août	5 639	598	556
	Septembre	8 355	778	649
1973	Juillet	7 545	843	537
	Août	5 875	685	588
	Septembre	8 645	832	627

(1) Henri-Wallon : actes totaux.

(2) Pierre-Séward : médecine générale et soins

(3) Corentin-Celton : actes totaux (sans la dentisterie).

III. — LES ACTIVITES

Nous avons étudié, dans les pages précédentes, l'évolution des différents Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny, depuis la fondation du Centre principal jusqu'à celle des « Annexes », et les motifs de ces créations successives.

Sur le plan structural, il existe un parallélisme entre les communes de Drancy et de Bobigny : existence d'un Centre « principal », auquel sont rattachées les antennes de quartier et les Services Dentaires.

Le Centre principal (Centre Henri Wallon à Drancy, Centre Irène Joliot-Curie à Bobigny) regroupe, outre les activités de base existant aussi dans les « Annexes », les consultations de spécialités « rares » et non justiciables d'une décentralisation, ainsi que le matériel lourd de radiologie.

Les tableaux précédents (1) regroupent les différents types de spécialités exercées dans les Centres de Drancy et de Bobigny, ainsi que le nombre d'heures hebdomadaires assurées dans chaque Etablissement.

Certes, ces activités médicales sont classiques. Mais certaines d'entre elles présentent dans leur déroulement une certaine originalité qui attire quelques remarques :

— La MEDECINE GENERALE : activité de base des Centres principaux comme des « Annexes », elle a des horaires importants, assurés par des généralistes exerçant simultanément. Le nombre de ces derniers oscille en fonction des heures de la journée et du lieu d'exercice, avec une grande souplesse : en moyenne deux à quatre médecins assurent de concert la consultation de médecine générale aux Centres Henri Wallon et Irène Joliot-Curie pendant qu'un ou deux autres reçoivent dans les « Annexes ». L'existence de cette équipe de généralistes permet, à longueur de journée, des échanges et une concertation professionnels réels sur les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qui se posent inévitablement.

Même le praticien travaillant seul dans un Centre de quartier a — à chaque instant — la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec son confrère du Centre principal ou d'une autre antenne de quartier.

De la même façon, et nous en reparlerons, le médecin généraliste qui, au cours de sa consultation, se heurte à un problème particulier pourra,

(1) Pages 20 et 21.

si le spécialiste intéressé est là au même moment, avoir un avis compétent par une rencontre ou un appel téléphonique. En cas d'urgence, un examen conjoint pourra même être organisé.

Il faut remarquer, et ceci est un fait d'importance, que lorsqu'on signale que plusieurs généralistes exercent simultanément, cela n'implique pas qu'ils voient un « lot » de malades ou les reçoivent de façon anonyme. Chaque médecin a « sa » clientèle, « sa » consultation. Les ordonnances sont nominales, mentionnant les heures et les jours de consultation de chaque médecin. Le malade sait ainsi qui il a consulté, comment et quand il pourra de nouveau rencontrer le praticien de son choix.

Et ce malade ne viendra pas au Centre voir « un » médecin, mais le Docteur Untel. On arrive ainsi à une personnalisation des consultations qui semble aussi souhaitable pour les malades que pour les médecins, ne serait-ce que pour la continuité des soins qu'elle permet. C'est sans doute pourquoi les médecins des Centres répugnent quelque peu à effectuer des « sous-actes » (cuti-réactions, vaccinations) prescrits ailleurs à des malades qu'ils ne suivent pas habituellement : il est alors conseillé aux malades de revoir leur médecin habituel...

La meilleure illustration de cette personnalisation est d'observer la composition des salles d'attente, extraordinairement variable selon le praticien qui assure la consultation. Chacun des médecins a sa clientèle, répondant à sa personnalité propre, regroupant telle ou telle couche d'âge, de tel sexe, de tel caractère, avec un pourcentage plus ou moins important de travailleurs migrants.

Ce profil particulier de chaque clientèle est un phénomène bien connu, mais apparaît de façon très nette dans les Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny, objets de cette étude, grâce à la juxtaposition des consultations.

La personnalisation des consultations a pour corollaire la réduction au minimum des absences inopinées du médecin titulaire : son remplacement entraîne de façon très nette une diminution de la fréquentation de la clientèle, les malades préférant — sauf urgence — attendre le retour de leur médecin attitré plutôt que de consulter son remplaçant.

Autre aspect de l'attachement des malades à leur médecin : la ratification de la Convention nationale de 1960 a permis alors un remboursement à 80 % par la Sécurité Sociale des honoraires médicaux privés et une partie de la clientèle des « Dispensaires » s'est alors détournée de ces Etablissements pour se faire soigner par des praticiens libéraux. D'où une chute de fréquentation assez largement observée...

Aux Centres de Drancy et de Bobigny, du fait que chaque médecin avait sa propre clientèle, relativement stable et attachée, on n'observa

qu'un simple ralentissement de fréquentation, sans commune mesure avec le phénomène noté ailleurs. Les chiffres de la page 25 illustrent le fait.

En raison du niveau social de la population des deux communes, niveau qui ne permet pas toujours à celle-ci de partir en vacances et aussi à cause de l'étalement des congés, les Centres Médicaux-Sociaux restent ouverts toute l'année, sans fermeture en août ou lors des « ponts ». Le personnel, comme les médecins, s'absente par roulement mais toutes les consultations sont assurées normalement, à quelques rares exceptions près. Cette politique permet d'assurer une présence médicale précieuse — en août en particulier — lors de la fermeture quasi-générale des cabinets libéraux. Il faut remarquer, en effet, que les médecins exerçant à titre privé ont — dans ce secteur de banlieue tout au moins — de plus en plus tendance à ne pas se faire remplacer lors de leurs absences.

Pendant cette période de vacances, les Centres enregistrent évidemment un ralentissement d'activités, mais — grâce à leur permanence médicale — leur fréquentation reste néanmoins régulière. (1) Un transfert de clientèle est d'ailleurs à noter à cette période : des malades traités en ville « découvrent » les Centres Médico-Sociaux et, pour certains, deviennent des clients fidèles, alors qu'aucune pression n'est faite, bien entendu, sur eux pour les retenir au retour de leur médecin habituel.

Autre particularité : les consultations de médecine générale fonctionnent, comme celles de spécialités, sur rendez-vous, accordés d'ailleurs même sur simple appel téléphonique. Le malade a ainsi la possibilité de venir aux heures qui lui conviennent et de ne pas ou peu attendre.

Toutefois, il est conservé, pour chaque consultation, un laps de temps libre, sans rendez-vous, pour pouvoir recevoir les « urgences » (malades aigus, accidents de travail ou de la voie publique, etc...). Mais le nombre de celles-ci étant parfois élevé, il est quelquefois impossible au praticien d'y faire face. Il y a donc là un risque d'aboutir à des consultations « fermées » où — faute de pouvoir multiplier indéfiniment ses heures de travail — le médecin surchargé ne pourra plus prendre en charge de nouveaux malades et limitera ainsi, plus ou moins volontairement, sa clientèle. A l'extrême, les délais pour obtenir un rendez-vous auprès de certains médecins est de dix à quinze jours, bien que ces praticiens assurent trente à quarante heures hebdomadaires de consultation...

Les VISITES A DOMICILE constituent un aspect fondamental de la continuité des soins médicaux.

Pendant longtemps, les Centres Médico-Sociaux, à quelques exceptions près, se limitaient à la prise en charge de malades ambulatoires. A

(1) Voir tableau page 26.

partir du moment où ceux-ci ne pouvaient plus se déplacer, où ils devaient garder le lit, seul le médecin de clientèle pouvait alors intervenir.

Les visites à domicile n'entraient pas dans l'exercice des médecins de Centres de Santé, n'étaient d'ailleurs pas prévues par les organismes gestionnaires et étaient de surcroît jalousement interdites par les Organismes ordinaires... Si bien que les médecins de Centres de Santé qui, malgré tout, suivaient à domicile quelques-uns de leurs malades, ne le faisaient qu'à titre bénévole et exceptionnel.

Les choses ont quelque peu évolué : les médecins des Centres de Drancy et de Bobigny effectuent quotidiennement des visites à domicile. Cette possibilité est désormais prévue très légalement dans la nomenclature des actes médicaux de la Sécurité Sociale, à « titre exceptionnel », certes, mais cet aspect « exceptionnel » limite les visites aux seuls malades suivis au Centre Médico-Social. Un minimum de continuité des soins est donc désormais assuré.

Remarquons que ces visites effectuées par les médecins des Centres de Santé subissent aussi l'abattement tarifaire qui frappe leur Etablissement (voir page 79) comme si l'essence et les frais de voiture étaient moins onéreux en secteur public qu'en secteur privé...

Mais ces visites se heurtent à un impératif de temps et d'argent : il ne semble, en effet, guère possible de faire effectuer un grand nombre de visites quotidiennes par des médecins à l'emploi du temps saturé par leurs consultations. Il ne saurait être question de diminuer le nombre de celles-ci, puisqu'elles sont généralement comblées. Et les problèmes financiers des Etablissements ne permettent pas actuellement d'accroître indéfiniment le nombre des médecins.

Il faut donc, pour le moment, en rester au statu quo. Pour combler cette lacune, les médecins ont tendance à pratiquer la politique du « rendez-vous exceptionnel », qui permet au malade ne pouvant se déplacer seul, ou fiévreux, de se faire amener en voiture par un parent ou un ami, et d'être reçu immédiatement par le médecin. Ainsi les accompagnateurs savent que leur déplacement sera bref et n'en manifestent que plus de bonne volonté.

Cette notion de « visites à domicile » — à distinguer de la « visite d'urgence » (O.A.P. ; infarctus) qui relève plus, d'ailleurs, des nouvelles structures genre SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) — est d'ailleurs assez contingente. Sans entrer dans un débat où l'on pourrait citer la rareté des visites dans des pays comme les U.S.A., il faut remarquer que la continuité des soins subit des ruptures graves, tout au moins dans la banlieue parisienne, même à propos de ces visites : chaque nuit, après 20 heures, le dimanche, les jours de fête, c'est le praticien de garde

qui vient à domicile et non plus le médecin habituel. La discontinuité est donc de règle et les difficultés auxquelles se heurtent les médecins des Centres Médico-Sociaux ne sont qu'un aspect d'un problème beaucoup plus général. (1)

Les CONSULTATIONS DE SPECIALITES ont un triple recrutement : une partie de leur clientèle est adressée par les médecins généralistes des Centres, une autre partie est adressée par les médecins libéraux, enfin un recrutement notable se fait par la venue spontanée de malades venant de leur propre chef.

Ces consultations, comme celles de médecine générale, fonctionnent sur rendez-vous. Le délai pour obtenir celui-ci est d'ailleurs variable selon la spécialité : il va de quelques jours à plusieurs semaines. Mais il est gardé, comme ailleurs, une place pour les urgences à chaque consultation.

Les médecins spécialistes, qui ne peuvent être employés à temps plein dans un seul Etablissement, partagent leurs activités entre les divers Centres. Il est à noter que ce sont donc pratiquement les mêmes praticiens qui exercent aux Centres de Drancy et de Bobigny. D'où l'énorme avantage d'avoir au moins une fois par jour une consultation de chaque spécialité dans un voisinage proche, et la possibilité pour le généraliste d'y adresser un malade en urgence, dans la mesure toutefois où la consultation n'est pas saturée. On retrouve là une certaine unité de temps et de lieu, fort appréciée des malades.

Chaque spécialiste recevant un malade adressé par un confrère lui fait remettre une lettre en réponse, assurant ainsi une bonne liaison médicale, même avec le secteur libéral (2). Cette liaison épistolaire, qui peut sembler évidente pour certains, est quelquefois bien perdue de vue ailleurs, soit par négligence, soit par manque d'un secrétariat.

La RADIOLOGIE voit son équipement lourd (amplificateur de brillance, circuit de télévision, chambre à ionisation, développeuse automatique) centralisé au niveau des deux principaux Etablissements (Centres Henri Wallon et Irène Joliot-Curie). Chaque « Annexe » possède cependant un équipement léger de radiographie pulmonaire.

Sans aucune exception, les examens sont assurés par le radiologue. Il n'existe pas de manipulatrice : le médecin est aidé par des infirmières.

Un secrétariat autonome permet au radiologue de dicter ses comptes-rendus après chaque séance. Ainsi, le malade aura à sa disposition, en

(1) « Peut-on rompre le cloisonnement ? Les solutions raisonnables ». Table ronde du XI^e Congrès des Médecins de Centres de Santé. Paris. 1971. In « Centre de Santé » No 152 août 1972. 8 pages.

(2) En cardiologie l'E.C.G. est envoyé directement, par la poste, au médecin traitant.

quelques heures, le résultat de ses examens et pourra revoir très rapidement son médecin traitant.

Cette organisation est très largement compétitive avec le secteur privé : la meilleure démonstration en est que plus de 50 % des activités proviennent des prescriptions des médecins libéraux.

Une ombre au tableau : devant la saturation des services de radiologie, les délais d'attente sont parfois de plusieurs jours, en particulier pour les examens digestifs.

La GYNECOLOGIE des Centres Médico-Sociaux de Bobigny et de Drancy présente une double orientation :

D'une part la Gynécologie traditionnelle, avec un dépistage systématique des cancers du col utérin : tous les Etablissements (au nombre donc de six) possèdent un colposcope. Chaque malade fréquentant régulièrement la consultation aura annuellement un frottis. Ceux-ci sont adressés, en majeure partie, au Laboratoire de Cytologie de Port-Royal, géré par la Sécurité Sociale. Ces examens sont donc effectués gratuitement.

Toutefois, du fait de la saturation de ce Laboratoire et de modifications récentes de sa structure même, le temps de latence entre le prélèvement et la réception du résultat est devenu assez long (sauf en cas de suspicion signalée de néoplasie).

D'autre part, la Planification Familiale constitue le deuxième volet des activités gynécologiques. Ces consultations existent depuis 1966 : les médecins y pratiquaient la contraception bien avant que le Ministère de la Santé demande aux Centres Médico-Sociaux de créer des « Centres de Planification Familiale ». Les six Etablissements (trois pour Bobigny, trois pour Drancy) ont été récemment agréés à cet effet. Des conventions financières sont en cours d'élaboration pour définir les modalités pratiques de fonctionnement de ces Centres.

Il faut remarquer que les problèmes de contraception sont très souvent évoqués devant les praticiens de médecine générale et que la Planification Familiale est donc diffuse, pratiquée aussi bien par les généralistes que par les gynécologues. Le proche avenir verra très certainement un développement de cette Planification et de l'équipe concernée (gynécologue, généraliste, psychiatre, conseillère conjugale, etc...)

On peut regretter que, faute de place, aucun service de massokinésithérapie n'existe dans tous ces établissements. Un projet est toutefois en cours d'élaboration au Centre Henri Wallon (1975 ?)

Les SOINS INFIRMIERS constituent une autre charnière avec le secteur libéral. Nous ne parlerons pas des soins habituels, effectués dans les

Centres mêmes. En revanche il est intéressant de noter que, depuis la fondation des Centres Médico-Sociaux des deux villes, un SERVICE DE SOINS A DOMICILE a toujours fonctionné.

D'abord assurés à bicyclette, puis à vélomoteur, ces soins à domicile sont pratiqués actuellement en automobile. Le service exécute chaque jour (1) des soins, dont plus de la moitié sont dus aux prescriptions des médecins libéraux. L'infirmière chargée du service permet aussi une utile liaison entre les médecins des Centres et leurs malades alités. Bien entendu, ce service fonctionne aussi en « tiers payant » (2).

Les EXAMENS DE LABORATOIRE sont effectués quotidiennement dans tous les Centres, par deux laboratoires différents, indépendants des Etablissements, mais avec lesquels des contrats ont été passés. Il y a là plusieurs raisons : tout d'abord une convention avec un laboratoire privé permet une plus grande souplesse de fonctionnement, en raison de l'allègement, pour le Centre, des problèmes techniques (prélèvements, transports, etc...). D'autre part, on élimine ainsi les difficultés de recrutement de laborantines qualifiées, trop peu nombreuses et plus attirées par les rémunérations du secteur privé que par les grilles des salaires de la fonction publique.

Sur le plan technique, la complexité croissante des examens et le développement de matériels spécialisés comme les « Technicons » rendent obligatoires, si l'on veut amortir de tels matériels, d'effectuer quotidiennement de très nombreux examens. Or, malgré la progression spectaculaire de la demande (3), les Centres ne pourraient à eux seuls alimenter de telles machines et encore moins prétendre exploiter leur propre laboratoire. Même les laboratoires privés tendent à fusionner ou à s'associer pour l'achat et la rentabilisation de tels appareils. Et l'on assiste actuellement à des offres de service de certains établissements hospitaliers, soucieux d'accroître leur activité quotidienne de laboratoire, pour mieux amortir leur mise de fonds.

La PSYCHIATRIE constitue un autre secteur original de l'activité des Centres Médico-Sociaux. Depuis leur fondation, ceux-ci assurent une consultation, bien avant que l'on parle de « sectorisation » et que des psychiatres libéraux s'installent dans les banlieues ouvrières. Pour la petite histoire, on peut signaler que, dans les années 50, ces consultations figuraient sous la rubrique de « Neurologie », la Psychiatrie « publique » étant officiellement réservée au secteur purement public de l'OPHS, en

(1) Dimanches et jours fériés compris, pour les Centres de Bobigny.

(2) Voir page 79.

(3) 360 000 « B » à Bobigny ; plus de 400 000 à Drancy. Voir pages 24 et 25.

vertu des dispositions du code de la Santé publique de l'époque. Ces consultations sont donc très différentes de la psychiatrie de secteur qui — tant bien que mal — tente de se mettre en place dans la région. En effet, comme pour les consultations de médecine, une continuité existe grâce à la stabilité des médecins. Il ne s'agit pas, en effet, de membres d'une équipe hospitalière en perpétuelle mutation qui assure, comme elle le peut, une consultation avancée. C'est le docteur « Untel » qui assure, des années durant, sa consultation. Il verra régulièrement, en « ambulatorio », des malades dont la pathologie mentale est accusée, mais qui — s'ils n'étaient pas suivis régulièrement — seraient entrés depuis longtemps dans le circuit asilaire et ses structures. Ces malades peuvent donc, grâce à cette consultation intermédiaire, rester insérés dans leur milieu socio-professionnel et familial, au moins tant que leur état mental ne se détériore pas davantage.

Bien entendu, ces consultations de psychiatrie ne vivent pas repliées sur elles-mêmes : leurs titulaires gardent la liaison avec l'équipe de secteur — quand celle-ci est implantée (Drancy) — et avec les diverses structures spécialisées (IMP, CMPP, hôpitaux) (1).

Si cette consultation de psychiatrie comble une certaine lacune dans le domaine mental, les SERVICES DENTAIRES (2) répondent, tant bien que mal, à une énorme demande de la population, sans même compter le problème des soins dentaires aux enfants et ceux de l'orthodontie. Il y aurait là l'objet de toute une étude et nous ne ferons que citer les questions de la prothèse dentaire (fabrication des appareils « hors nomenclature » : « squelettés », céramiques, etc... ; problèmes des prix avec les variations continuelles des prix de l'or) posées par les deux ateliers fonctionnant, l'un au Centre de Bobigny, l'autre à Drancy.

Evoquons seulement les « urgences » dentaires, trop nombreuses malgré le temps qui leur est réservé, dans les quatre services, matin et après-midi, les délais importants pour obtenir un rendez-vous et la question plus générale de l'insuffisance du nombre de fauteuils dentaires par rapport à l'importance de la demande. Il faudrait doubler ou tripler les services...

Survolons la consultation d'ALLERGOLOGIE et son équipement frigorifique nécessaire aux innombrables batteries d'allergènes, l'OPHTHALMOLOGIE dotée, dans les principaux Centres, de lampes de Hagstraedt,

(1) A Bobigny, l'un des deux psychiatres est aussi médecin du Centre Médico-Psycho-Pédagogique, ce qui améliore les liaisons avec cet Etablissement et les Parents des Enfants, tout comme avec l'Institut Médico-Pédagogique et l'Institut Médico-Professionnel.

(2) Les Services Dentaires de Bobigny comportent deux Centres (3 fauteuils au Centre Pierre-Rouquès et 4 au Centre Karl-Marx). Ceux de Drancy, deux autres (3 au Service Dentaire Paul-Vaillant-Couturier et 1 au Centre Corentin-Celton). Tous ces fauteuils fonctionnant à temps plein. (Voir pages 20 et 21).

les problèmes des CENTRES DE VACCINATIONS INTERNATIONALES que sont les six Centres Médico-Sociaux et l'activité de MEDECINS ASSERMENTES, d'un certain nombre de praticiens.

Le lecteur aura ainsi un aperçu rapide de l'aspect multiforme et original de certaines activités des Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny. On nous permettra de souligner — nous y reviendrons par la suite — que tous ces Etablissements fonctionnent en l'absence de toute subvention, à l'exception de celles versées pour l'acquisition de matériel radiologique, par le Conseil Général de la Seine-Saint-Denis. Ce sont donc les communes, seules, qui, chaque année, financent l'achat du nouveau matériel et le renouvellement partiel de l'ancien. Tout comme elles supportent seules les frais de fonctionnement, les salaires et le déficit global...

Evoquons, à présent, l'articulation des Centres Médicaux-Sociaux avec les autres structures sanitaires communales, libérales et publiques.

Les Centres Médico-Sociaux sont, nous l'avons vu précédemment, en liaison permanente avec le secteur libéral, par l'intermédiaire des consultations de spécialités, de la radiologie, des soins à domicile et, tout simplement, par les malades communs aux deux secteurs.

On peut remarquer la modification des rapports entre ces deux formes d'exercice. D'abord considérés de façon péjorative par les médecins libéraux, les médecins salariés furent, dans un deuxième temps, en raison de l'évolution des Centres et de l'augmentation de leur audience dans le public, regardés comme des concurrents sérieux. Par la suite, les médecins libéraux, prenant conscience que ce système, par ses multiples possibilités, constituait un complément à l'équipement sanitaire des communes, développèrent des relations de bon voisinage et d'échanges professionnels. L'idée de concurrence s'est en effet estompée, les médecins libéraux étant débordés de travail pendant que les Centres Médico-Sociaux ne suffisaient pas non plus à la demande des malades. L'idée de « complémentarité » a succédé, encouragée par le strict respect des obligations déontologiques de la part des médecins salariés.

Si bien qu'actuellement les relations du Corps médical libéral avec les médecins des Centres Médico-Sociaux sont globalement bonnes, courtoises, et quelquefois même amicales. Des rencontres (réunions de commissions municipales, enseignement post-universitaire, etc...) favorisent cette tendance..

Les Centres Médico-Sociaux sont en relation également avec l'hôpital de secteur (l'Hôpital Franco-Musulman de Bobigny) et les Services spécialisés parisiens. Un certain nombre de praticiens (généralistes et spécialistes) exerçant dans les Centres occupent par ailleurs des fonctions hospitalières. Ces médecins peuvent donc hospitaliser les malades dans leur

propre service et les y suivre. Ils seront, pour leurs autres confrères des Centres, des correspondants réguliers, faciles à joindre en cas de besoin.

L'idée pourrait venir à l'esprit que les Etablissements pourraient constituer des antennes avancées des consultations hospitalières. Certains y ont pensé : il y a quelques années (1968), un projet de loi prévoyant une telle intégration fut même élaboré. Il fut mort-né. (1)

Au cours de l'enquête à laquelle nous nous sommes livré, une forte opposition est apparue à cette notion : la personnalisation des consultations, l'autonomie des Centres risqueraient d'être remises en question au détriment des malades. Et le résultat des très lourds sacrifices financiers qu'ont consentis les communes pour installer et faire fonctionner les Centres Médico-Sociaux risquerait de fondre comme neige au soleil dans le lourd appareil des « consultations de l'Assistance Publique », avec tout le gigantisme qu'il implique. Le plan communal permet plus de souplesse...

La collectivité communale est plus proche de la vie et des besoins des hommes : la demande médicale est mieux ressentie sur un plan local, la réponse qui y sera apportée en sera sans nul doute plus prompte et plus adaptée.

De plus, les Centres répondent à des besoins que l'hôpital ne peut satisfaire : les consultations hospitalières sont en règle matinales, pendant les heures de travail ; pour un malade en activité professionnelle, la perte d'une journée de salaire peut être dissuasive de se soigner.

Pour d'autres raisons, certaine lourdeur du secteur public, carences de certains secteurs de soins, temps d'hospitalisation longs et coûteux, les Centres Médico-Sociaux sont amenés à travailler fréquemment avec le secteur de l'hospitalisation privée. Les liaisons sont bonnes et sources de rencontre avec les médecins libéraux. Bien entendu, le libre choix des malades est respecté de façon scrupuleuse.

Les services d'O.P.H.S. et de P.M.I. sont en relation avec les Centres de Santé, puisque ces derniers effectuent les « examens complémentaires » qui sont prescrits dans ces consultations spécialisées. (2)

(1) Intervenant à l'Assemblée Nationale au cours du débat sur le budget 1973 de la Santé Publique, le Ministre confirmait le retrait du projet de loi, en précisant que « Le Conseil d'Etat l'a jugé inutile, estimant que l'article 16 du Code de Déontologie Médicale permettrait de résoudre les problèmes posés » (in « Centre de Santé », octobre 1972, page 27). Le même Ministre répondait dans une question écrite (question 25627. M. Philibert 5 août 1972) : ... « Le Ministre de la Santé Publique se propose de se mettre en rapport avec Monsieur le Ministre d'Etat chargé des Affaires Sociales en vue de reprendre sur de nouvelles bases l'étude de ce problème d'ensemble... Il n'est donc pas possible, pour le moment, de prévoir la décision qui sera prise en ce qui concerne l'élaboration d'un statut des Centres de Santé permettant leur extension et facilitant de nouvelles réalisations, cette décision dépendant du résultat des études entreprises ». Voir aussi « Journal Officiel », A.N. 30 septembre 1973. Réponse à une autre question écrite.

(2) Les « examens complémentaires » (laboratoire, consultations, spécialisées) demandées par la Prévention (P.M.I., O.P.H.S.) sont assurés par le secteur « Soins » (libéral ou public) et sont remboursés par la Collectivité gestionnaire de cette Prévention. Toute charge financière est ainsi évitée aux familles.

A Drancy, l'articulation « P.M.I. municipale et pédiatrie » est fort étroite, puisque le même médecin et le même personnel infirmier contribuent à ces deux activités (voir page 47). La liaison se poursuit avec les familles grâce à la collaboration de puéricultrices à domicile qui peuvent aller, sur place, conseiller les mamans, les nourrices et leurs enfants.

Les visites de départ des COLONIES DE VACANCES (1) à la charge, en totalité, des communes, les visites d'admission aux MAISONS DE RETRAITE COMMUNALES, les visites systématiques avant le départ en vacances de PERSONNES AGEES sont bien entendu assurées par les Centres Médico-Sociaux tout comme les VISITES D'APTITUDE AUX SPORTS. Et il y a là une nouvelle charge financière pour les communes, toutes ces activités étant inscrites au seul budget communal.

Les liaisons avec les ECOLES et les CRECHES s'effectuent tout spontanément, ne serait-ce que parce que les enfants accidentés ou malades sont quasi automatiquement amenés aux Centres, du fait même de la permanence médicale qui y est assurée à longueur de journée.

« Last but not least », le médecin chef appartient de droit à la « Commission municipale de Sécurité et d'Hygiène » ; il a donc un droit de regard sur la protection et les systèmes de sécurité des Etablissements recevant du public, des écoles aux entreprises industrielles de la commune.

Voilà donc évoquées rapidement les différentes activités des Centres Médico-Sociaux avec leur caractère original et leurs liaisons. Remarquons, dès à présent, que cette structure médico-sociale n'a aucune existence légale, n'entre dans aucun cadre réglementaire, mais qu'elle a une telle présence et une telle utilité de fait, que les Pouvoirs publics y ont spontanément recours, qu'il s'agisse de mettre en place les Centres de Planification Familiale, d'y accueillir des stagiaires (2) ou d'assurer des vaccinations légales ou internationales. La sollicitation est permanente, de créer

(1) « Réflexions sur quelques tâches psycho-pédagogiques du médecin résidant en colonies de vacances ». S.G. Godier-Marlin. Thèse. Paris 1957.

(2) Des élèves infirmières suivent régulièrement des stages dans les Centres : elles reçoivent ainsi une initiation pratique aux activités de soins et de consultations spécialisées. L'envoi d'étudiants en médecine, au titre du « stage interne » — semble très souhaité par les Facultés. Pour les Centres, si la présence d'étudiants ne pose pas de problèmes majeurs pour certaines activités (dermatologie, radiologie), elle se heurte par contre à certaines réticences pour les autres consultations (rupture du colloque singulier, diminution du rythme, déjà lent, de ces consultations). Enfin un problème se poserait : qui prendrait en charge le salaire, pourtant bien maigre, de ces stagiaires internés ? Enfin, l'Ecole Nationale de la Santé Publique souhaite elle aussi que des stagiaires (médecins psychologues, etc.) participent aux activités de la Planification Familiale...

aussi bien le service d'urgence médicale du Tribunal (1) ou un service de Médecine de Travail pour le personnel préfectoral (2). Mais les fonds et les moyens ne sont nullement proposés en contre-partie...

Les Centres Médico-Sociaux, par l'accroissement régulier de leur fréquentation et l'éventail de leurs activités, répondent donc aux souhaits et aux besoins de la population, ainsi que par leur structure, aux besoins de la santé publique. C'est peut-être là un premier bilan.

(1) Préfecture du Département de la Seine-Saint-Denis, Bobigny héberge, à ce titre, un Tribunal. Mais aucun crédit du Ministère de la Justice n'a permis d'y adjoindre une infirmerie ou d'y assurer une permanence médicale. Si bien que l'on a assisté pendant de longs mois au spectacle surprenant de policiers, mitraillette à la main, amenant au Centre Pierre-Rouquès des prisonniers souffrants, menottes aux poignets. On peut imaginer l'effet psychologique sur une salle d'attente et les problèmes d'éthique médicale que posaient de telles consultations. Il a fallu beaucoup de doigté et de fermeté pour limiter cette pratique, l'Autorité Judiciaire — dépourvue de tout autre moyen d'assurer ses « urgences » — opposant la trop fameuse « non-assistance à personne en péril »...

(2) Car, pour aussi surprenant que cela paraisse, les textes réglementaires relatifs à la Médecine du Travail ne s'appliquent pas aux Collectivités départementales ou communales. Leur personnel a pourtant des occupations fort variées, facteurs de risques classiques (éboueurs, cantonniers, fossoyeurs, jardiniers, égoutiers : tétanos et spirochétose ; mécaniciens et peintres : benzolisme ; cuisiniers : tuberculose et staphylococcies, etc.) La surveillance de tous ces travailleurs est donc laissée à l'initiative des Collectivités locales.

IV. — L'EQUIPE DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

Le personnel des Centres se répartit, en fait, en de multiples groupes : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, personnel administratif, prothésistes et assistantes dentaires, personnel de service.

Nous nous limiterons, faute de place, au cadre de notre enquête initiale : les médecins, les infirmières et le personnel administratif. Les services dentaires demanderaient, en effet, toute une étude séparée, tant sont complexes les problèmes qu'ils peuvent poser.

1. — LES MEDECINS. Statistiquement (1), le Corps médical français est partagé en trois catégories approximativement égales, au point de vue numérique :

34 % de médecins purement libéraux ;

31 % de médecins purement salariés ;

35 % de médecins d'exercice mixte (libéral et salarié).

Dans le groupe médical étudié (Drancy et Bobigny), on retrouve ces mêmes proportions nationales, tout au moins au niveau des spécialistes. On dénombre 17 médecins généralistes dont cinq femmes. Quatre de ces dernières sont à « temps plein » contre cinq médecins hommes.

Cinq médecins occupent, par ailleurs, des fonctions hospitalières, un seul exerce en activité libérale (cabinet privé). Onze membres de cette équipe de « généralistes » travaillent quasi uniquement dans les Centres Médico-Sociaux de la commune ou des villes voisines.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les chiffres ci-dessus — qui montrent une égalité entre le groupe salarié et le groupe d'exercice mixte — se calquent de très près sur la situation locale. En effet, sur vingt-quatre médecins spécialistes (14 hommes, 10 femmes), treize sont en exercice mixte (activité libérale et salariée), neuf ont une activité hospitalière, onze sont uniquement salariés.

(1) « Evolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique ». Steudler. 7 pages in « Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales ». No 2 avril 1973.

Le Ministère de la Santé Publique donne la Statistique suivante établie au 1-1-1973 :

— médecins libéraux 51 581 (69 %)

— médecins salariés 19 868 (31 %)

(plus 551 médecins non inscrits à l'Ordre et environ 400 médecins militaires).

Ces données se regroupent avec une enquête du CREDOC qui permet d'évaluer, pour 1973, à 34 % le nombre de médecins libéraux exclusifs, à 35 % celui des « mixtes » (libéraux et salariés) et à 31 % celui des salariés exclusifs.

Les médecins qui travaillent dans les Centres Médico-Sociaux exercent donc soit à « temps plein », soit à « temps partiel ».

Les médecins à « temps plein » assurent toute leur activité dans les Centres de Drancy et de Bobigny, c'est-à-dire dans un Centre principal (Centre H. Wallon ou I. Joliot-Curie) et ses annexes, ou se partagent entre les deux communes.

En ce qui concerne les médecins à « temps partiel » ou à « mi-temps », il convient de distinguer entre « généralistes » et spécialistes. Les premiers ont une activité hospitalière, ce qui leur permet, nous l'avons vu, d'hospitaliser les malades dans leur propre service. La situation, pour les spécialistes, est plus complexe : il leur est rarement possible d'occuper un poste à temps complet dans un seul établissement. Leurs consultations sont donc réparties dans les divers Centres : les praticiens intéressés sont ainsi amenés à circuler d'un Etablissement à l'autre, sans toujours pouvoir — pour au moins une minorité d'entre eux — accomplir quarante heures de consultations entre Drancy et Bobigny (dermatologie, cardiologie, etc...). Ces médecins assurent alors d'autres consultations dans les Centres Médico-Sociaux d'autres communes, possèdent leur propre clientèle privée (quelquefois à leur corps défendant) ou, troisième possibilité, exercent une fonction hospitalière. Les chiffres précédents illustrent cette répartition variée...

Ce sont donc les médecins spécialistes qui, par la diversité de leur lieu de travail, perdront le plus de temps en déplacements, comparativement au « généraliste » qui peut, dans la même journée et dans le même établissement, s'assurer une occupation à temps plein. Il faut dire que cette apparente injustice semble spontanément corrigée par un certain aménagement de l'emploi du temps des spécialistes, de façon à compenser ce manque apparent de « manque à gagner » et ces frais supplémentaires de déplacement.

L'équipe médicale qui anime les Centres de Drancy et de Bobigny, remarquable d'ailleurs par sa stabilité, ne représente pas une unique tranche d'âge.

En effet, au fur et à mesure de l'accroissement des activités et de la création des nouveaux Centres, à l'occasion des rares départs (spécialisation, retour en province, etc...), d'autres médecins ont été appelés à s'intégrer dans cette équipe : le recrutement systématique de jeunes praticiens répond à un louable souci de « rajeunissement » médical afin d'assurer une future relève et un brassage des générations, facteur de remise en cause des structures et des habitudes acquises. Ces remises en question sont, en elles-mêmes, une notable source de dynamisme....

Remarquons, d'ailleurs, que le recrutement n'est pas effectué au hasard : le jeune médecin n'est jamais un inconnu pour l'équipe : les Centres Médico-Sociaux s'assurent le concours régulier de quelques jeunes « remplaçants » en titre, leur assurant ainsi un minimum d'activités lors des absences des praticiens (vacances, congés de maladie, etc...). Le jeune médecin prend ainsi contact avec les Centres, fait connaissance des autres praticiens et du mode même d'exercice. Parallèlement, ces « remplacements » — véritables périodes probatoires — ont permis de juger le débutant, surtout sur son plan relationnel, tant avec l'équipe médicale et administrative qu'avec les malades. Un travail semi-régulier est ainsi assuré aux « remplaçants ». Les postes médicaux nouveaux seront pourvus par une sélection parmi ces derniers. Il s'agit donc, en fait, d'une véritable « cooptation » qui permet le maintien d'une certaine homogénéité de l'équipe. Cette technique, à tout prendre, est sans doute au moins aussi valable qu'un recrutement par « petites annonces » ou sur recommandation...

L'exercice de la médecine salariée, s'il présente quelques inconvénients sur lesquels nous reviendrons, implique, en revanche, de nombreux avantages. En premier, le statut même du médecin, puisque celui-ci bénéficie d'un contrat de travail qui lui assure une couverture sociale enviable :

- Pour le risque « maladie », le versement du salaire complet est assuré pour les trois premiers mois ; les trois mois suivants sont payés à demi-salaire. En cas de maladie de longue durée, le plein salaire sera versé pendant deux ans, le demi-salaire les deux années suivantes. La garantie « maternité » est assurée à plein : dix-huit semaines pour les médecins-femmes ;

- La garantie d'emploi protège le médecin contre un risque de licenciement arbitraire : le préavis est, en effet, fixé à quinze jours par année d'ancienneté et l'indemnité de licenciement correspond à un mois de salaire — avec un plafond d'un an — par année de présence. Une Commission de conciliation, commission paritaire, est prévue pour régler à l'amiable les éventuels litiges ou conflits. Il est remarquable de noter qu'elle n'a jamais eu l'occasion de se réunir...

Les congés annuels sont fixés à l'habituel mois, mais une semaine de vacances d'hiver s'y ajoute. Avantage rare — et remarquable au point de vue professionnel, l'employeur, — en l'occurrence les maires — accorde une semaine supplémentaire, rémunérée bien entendu, pour que les praticiens puissent suivre un enseignement post-universitaire ou assistent à des congrès médicaux. Il y a là une recherche de la qualité et un souci du perfectionnement assez rares pour être soulignés.

Enfin, l'affiliation à une Caisse de Retraite (IRCANTEC) est prononcée d'office pour tous les praticiens (médecins et chirurgiens-dentistes). On comprend, dans ces conditions, qu'une équipe soit stable...

L'existence même de ce contrat de travail liant les médecins de Drancy et de Bobigny aux Municipalités intéressées, est en soi une curiosité juridique.

Une divergence de jurisprudence entre la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat fait que le « droit n'est pas dit » de façon irréfutable, ces deux Hautes Assemblées ayant des positions contradictoires sur l'aspect salarial de l'activité des médecins exerçant pour des collectivités publiques et semi-publiques.

Si bien que les Autorités de tutelle (Préfecture et Ministère des Finances), s'emparant de la jurisprudence qui leur est favorable, décrètent que lesdits médecins ne sont pas des « vrais » salariés et n'ont donc pas droit aux garanties contractuelles que nous venons d'étudier.

Bien entendu, le Syndicat des Médecins de Centres de Santé contre-attaque, en avançant la jurisprudence qui lui est favorable....

Car si l'évolution du concept même de « salariat » est telle qu'elle aboutit, pour tout un chacun, à la relation évidente « salariat égale droit à congés payés » : un salarié a droit, à priori, à un congé annuel, cette notion généralement reçue n'est pas du tout confirmée par la Législation. En effet, le droit à congés payés est garanti par le Code du Travail (article 54 f du Livre II) aux salariés qui exercent leur activité au profit d'un employeur, d'un établissement, d'une société ou d'un groupement compris dans l'énumération limitative de cet article 54 f (1). Les Municipalités, personnes morales de droit public, ne sont donc pas visées dans la liste ci-dessus : leurs employés non titulaires (2) n'ont donc légalement pas droit aux congés payés, puisqu'ils ne relèvent pas de la législation du Code du Travail et que, par définition, ils ne constituent pas un « personnel à statut ».

On se trouve donc devant un premier « vide juridique » que rien, semble-t-il, n'empêche de combler. Le législateur n'a pas prévu le droit à congés payés pour le personnel non titulaire des Collectivités publiques, mais il ne l'a pas non plus interdit. Le bon sens voudrait donc que, puisqu'il n'y a pas d'interdiction, l'employeur puisse accorder ce droit.

Mais c'est là qu'intervient une deuxième difficulté juridique : les médecins de Centres de Santé Municipaux sont-ils unis par un lien d'ordre public vis-à-vis de la collectivité ?

(1) C'est ainsi que les ouvriers agricoles ne sont pas non plus concernés par cet article et ne bénéficient du droit à congés que grâce aux dispositions d'un texte spécial (loi du 27 mars 1956, article 8), tout comme les femmes de ménage, nourrices et gardiennes d'enfant n'ont droit à des vacances payées que par l'extension des Conventions Collectives, mais non de par l'application de la loi.

(2) Evidemment, le personnel communal titulaire bénéficie du statut de la Fonction Publique, comme tous les Fonctionnaires. A ce titre, il perçoit une rémunération annuelle en disposant d'un droit à congé d'un mois par an. Le terme de « congés payés » ne s'applique donc pas non plus à ces Fonctionnaires.

Le critère dominant que retient la jurisprudence est celui de la participation à l'exécution même du service public, de la nature des fonctions. Lorsque l'employeur est une personne morale de droit public (et c'est le cas des Municipalités), lorsqu'il s'agit d'un emploi permanent, le contrat est de droit public et l'agent (le médecin) est agent public si sa participation à l'exécution même du service public est établie. (1)

La Cour de Cassation et les juridictions judiciaires, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits ont retenu ce critère. (2) Dès lors, la compétence des juridictions administratives est d'ordre public (3) et la jurisprudence, par application de ce critère, a donc fait dépendre du droit public les contrats et la situation des médecins des Centres Municipaux. (4)

Le lien de droit public étant constaté et aucune disposition particulière ne visant les médecins intéressés (en l'occurrence le droit à congés), on peut se demander si, dans le régime de droit public, un texte de portée générale ou un principe général du droit permettrait de déduire et de fonder le droit, pour tous les agents contractuels prêtant en cette qualité leur concours à l'Administration, à une allocation pour congé payé. Telle était, en somme, la question à laquelle répondait l'arrêt du Conseil d'Etat du 6 novembre 1964 (5). Et cette Haute Autorité répondait négativement.

En résumé, aucun texte réglementaire ou législatif ne stipule que le personnel non titulaire employé par les Collectivités a droit aux congés payés. Mais aucune disposition ne l'interdit non plus...

En l'état actuel de la question, on constate donc un nouveau vide juridique, au détriment des intéressés. Il est certain que cette situation

(1) Tribunal des Conflits. 13 janvier 58. Chardon. Act. jur. D.A. 1958. II. 182 - Conseil d'Etat : 2 janvier 1963 : Amicale des Cadres Supérieurs de la R.T.F. Act. jur. D.A. 1963 II No 133.

(2) Le Conseil d'Etat considère que ne relèvent du droit privé que les agents contractuels engagés pour des tâches qui ne sont que l'annexe de la mission du service public, c'est-à-dire le petit personnel d'exécution ne participant pas réellement à la gestion et à la direction du service public (Conseil d'Etat 3 janvier 1958. Levrat. D. 1958. 59. Concl. Dutheillet de la Mothe).

(3) Paris. 22^e Chambre. 30 mai 1964. Minist. de l'Educ. Nation. - Blanchard JCP 64.G.13 795.

(4) Tribunal des Conflits. 23 Novembre 1959. Docteur Santelli. Recueil Dalloz 1960. 280 Dr Soc. 1963-406). Conseil d'Etat 23 octobre 1964 in « Revue de Droit Public » 1965 P. 519. En particulier, la jurisprudence a été étendue, dans le cas d'un service public communal ; Conseil d'Etat. 17 février 1965. Ville de Blanc-Mesnil - Bonnafous. In « Revue de Droit Public » 1965. No 4. P. 732 : Le Conseil d'Etat a alors reconnu la qualité d'agent de droit public à un masseur kinésithérapeute dans le cadre du Centre Médico-Social de Blanc-Mesnil, bien que l'intéressé ait été rémunéré à la « vacation » et ait conclu avec la Commune un contrat ne contenant aucune clause exorbitante du droit commun.

(5) Syndicat Général des Médecins du Travail. Recours Lebon. P. 519 sq.

choque l'équité, car le droit à congés payés pour tout salarié est considéré, à juste titre, par l'opinion publique, comme un droit social acquis. Les médecins des Centres Médico-Sociaux Municipaux ont incontestablement cette qualité de salariés, malgré l'ambiguïté du terme de rémunération à la « vacation ». (1).

Ces médecins, en effet, exercent dans des locaux appartenant à la Collectivité, selon des horaires réguliers et fixés à l'avance, avec un personnel recruté par l'Organisme gestionnaire, les malades étant inscrits par celui-ci. Cet exercice médical est donc totalement différent du libéral.

Surtout, ces médecins sont nommés par arrêté municipal, la durée de leurs fonctions n'est pas limitée et ne vient à son terme que par les dispositions concernant la limite d'âge. La rémunération du médecin est forfaitaire, selon un barème horaire — et non fixée à l'acte — Elle a donc bien le caractère d'un salaire, d'autant qu'elle est indexée sur les indices de la Fonction Publique. (Voir page 46).

Tous les caractères du salariat et du « contrat de louage de service » sont donc bien réunis en l'espèce : la jurisprudence est très affirmée à ce propos (2).

Pour tenter de résumer cet imbroglio juridique, on peut dire que les médecins des Centres Médico-Sociaux Municipaux sont « objectivement » des salariés (immatriculation à la Sécurité Sociale, affiliation obligatoire à la Caisse de Retraite (3), cotisation de l'employeur au risque « accidents de travail », allocations familiales, etc..., absence de patente et imposition fiscale des intéressés en tant que salariés.

Mais des salariés « marginaux », car employés par des Collectivités publiques, donc ne bénéficiant pas du droit à congés payés au titre du

(1) C'est pourquoi se développe une notion de rémunération « horaire », qui s'écarte de celle, traditionnelle, de « vacation ».

La « vacation » introduit un concept de rémunération globale et forfaitaire pour un travail qualifié, itératif et bien délimité. Elle comprend, sans distinction, le temps passé à effectuer ce travail, les heures et les frais de déplacement et est exclusive de tout avantage social. Cette notion de « vacation » correspond à une mission précise (la vacation d'un expert, d'un huissier) et pas du tout à l'activité d'un médecin salarié, exerçant régulièrement, à longueur d'année, au service d'une Collectivité. Cette idée de vacation est exclusive de l'idée de salariat et voilà la raison essentielle pour laquelle le mot même de « vacation » est vigoureusement pourchassé par les Syndicalistes Médicaux. C'est d'ailleurs cette « aura » libérale attachée à la notion de « vacation » qui contribue à renforcer la position du Ministère des Finances dans sa négation absurde du caractère salarial de l'exercice médical : « Vous n'êtes que des vacataires » !

(2) Cour de Cassation. C. réunies, 21 mai 1965 (D. 1965 759, Droit Social 1965, p. 512). Conseil d'Etat 23 novembre 1960 sur l'assujettissement à l'I.R.P.P. (imposition en tant que salarié). Conseil d'Etat du 13 mars 1968 (Section Contentieuse, 7^e sous-section : Union Fraternelle des Métallurgistes de la Région Parisienne, No 69412). De même le Conseil d'Etat 6 mai 1966 No 65889 (9^e sous-section) ; 8 mai 1967, No 59397 ; 19 novembre 1969 No 75494.

(3) I.R.C.A.N.T.E.C. : institut de retraite des cadres et agents non titulaires de l'Etat et des Collectivités.

Code du Travail. Le lien qui les unit à ces Collectivités est de droit public. Or, aucun texte ne prévoit — mais n'interdit pas non plus... — l'octroi de congés : il y a là une lacune.

L'Autorité de Tutelle (le Ministère des Finances) excipe de ce silence pour refuser de viser des contrats octroyant ces congés payés (1).

Le Syndicat National des Médecins de Centres de Santé Municipaux lui oppose que rien n'interdit à l'employeur de consentir cet avantage.

La controverse dure depuis près de vingt ans...

Une dernière donnée est venue finir d'embrouiller la situation juridique : la loi 70-1297 portant réforme municipale, dispose — dans son nouvel article 48-5 — que les interventions municipales visant le domaine social ne sont plus soumises à approbation (contrairement au domaine commercial ou industriel) : les délibérations prises donc en la matière par les Conseils municipaux sont donc désormais librement exécutoires par les communes.

Mais cette liberté retrouvée ne vise-t-elle que le domaine social *stricto sensu*, ou les agents (en l'occurrence les médecins) qui collaborent à ces activités ?

Une nouvelle controverse s'est ouverte...

Cette longue parenthèse juridique aura pu sembler fastidieuse, mais nous a paru nécessaire pour cerner un problème fondamental de la situation des médecins : ceux-ci tiennent — et pour cause — à être considérés comme des salariés à part entière.

Certains, dont les Conseils de l'Ordre, se contentent d'invoquer « le contrat » et son obligation (2). Mais un texte contractuel ne suffit pas. Encore faut-il que son contenu soit satisfaisant et apporte aux parties signataires des garanties suffisantes (3).

Le résultat de ce conflit — qui risque fort de durer — est que les contrats de travail similaires à celui qui fait l'objet de notre propos sont désormais bloqués dans leur approbation par l'Autorité de Tutelle (4). Mais les villes de Drancy et de Bobigny ont été les premières à ratifier ces documents. La délibération de leurs Conseils municipaux, instituant ces

(1) Voir note 4.

(2) Loi du 13 juillet 1972, modifiant l'article L 462 du Code de la Santé Publique, et rendant obligatoire, sous peine de sanctions, la rédaction d'un contrat de travail pour tout médecin salarié.

(3) « Un contrat certes, mais pas n'importe lequel... » selon le mot d'un responsable du Syndicat des Médecins de Centres de Santé.

(4) Les Communes ne sont en effet pas majeures. Les délibérations de leurs Conseils Municipaux doivent, pour être valables, être approuvées par l'Autorité Gouvernementale, représentée par les Préfectures.

garanties contractuelles, ont été approuvées en leur temps (1968) par la Préfecture, la doctrine administrative étant à l'époque encore incertaine.

Et le lien contractuel est indissoluble, à moins d'un accord commun des deux parties pour le dénoncer. Or, aucune d'entre elles — Mairies et Médecins — ne songe à remettre en question ces contrats de travail qui apportent aux praticiens une garantie professionnelle et sociale notable et assure aux Municipalités une collaboration médicale à long terme, gage de qualité pour les malades qui fréquentent les Centres Médico-Sociaux.

La rémunération des médecins est calculée selon une base horaire indexée sur l'évolution de l'ancien indice « 100 » de la Fonction Publique (1) — ce qui a l'avantage de permettre aux salaires médicaux de suivre tant bien que mal l'augmentation des prix. Le praticien est donc payé au temps passé et non à l'acte. Certains objecteront que ce mode de rétribution encourage le médecin à ralentir son rythme de travail et à voir moins de malades, puisque, de toute façon, son salaire sera le même. Nous pourrions rétorquer que le médecin qui agirait ainsi, s'il était placé dans le cadre d'un paiement à l'acte, pourrait être tenté d'augmenter alors la fréquence de ses consultations, par la pratique de « faux actes » ou d'examens médicaux bâclés, au détriment d'une médecine de qualité.

Les deux systèmes de rémunération, paiement à l'acte ou paiement horaire, ont donc tous deux leurs inconvénients. La qualité humaine des médecins permet de surmonter heureusement ces handicaps. La rémunération à la fonction, non liée au « rendement », permet aux médecins salariés d'avoir une indépendance professionnelle enviable, ne serait-ce que par la disparition du lien d'argent entre eux et les malades.

La situation des médecins assurant la Protection Maternelle et Infantile est notablement différente de celle de leurs autres confrères. Ces praticiens ne bénéficient ni d'un contrat de travail, ni du droit aux congés payés et leur rémunération se situe à un taux dérisoire (2). Il faut dire que ces consultations de P.M.I. sont de gestion départementale et non communale...

De ce fait, il n'existe guère de postulants pour occuper ces postes dévalorisés et défavorisés. La féminisation y est extrême... Il n'est, pour s'apercevoir de cette crise de recrutement, que de consulter la rubrique des annonces dans les revues professionnelles. Ces consultations de P.M.I. en arrivent à être assurées, quasi officiellement, en bien des endroits, par des étudiants en fin de scolarité, faute de titulaire...

(1) Cet indice « 100 » est devenu — à dater du 1-1-75 — l'indice majoré « 133 » (décret 74 1075 J.O. 20-12-74) voir note 1 page 83.

(2) Les taux de rémunération des médecins de P.M.I. sont fixés par le ministère des Finances.

Les Centres Médico-sociaux de Drancy et de Bobigny ont tenté d'assurer la continuité médicale entre la P.M.I. et la Pédiatrie, en confiant l'ensemble de ces consultations au même médecin. Il est, en effet, logique que ce soit le même praticien qui surveille les nourrissons et les enfants en P.M.I. pour les revoir, souffrants, en pédiatrie, assurant ainsi une unité et une continuité de la prévention et des soins. Les Centres ont donc recruté des pédiatres en leur offrant un ensemble « pédiatrie-P.M.I. », les avantages de l'une compensant un peu les carences de l'autre.

Si ce système de la consultation « globale » continue à fonctionner à Drancy (Centre H. Wallon d'un côté, Centre P. Sémard de l'autre), par contre — à Bobigny au contraire — on est arrivé à une séparation totale et regrettable entre la P.M.I. et la Pédiatrie : il existe désormais un pédiatre de « soins » et deux médecins de P.M.I. (1) Du fait de cette parcellisation, l'articulation des deux services est nettement moins bonne...

Quelle peut être la motivation des médecins qui travaillent dans ces Centres Médico-Sociaux ? Pourquoi ont-ils choisi cette forme de médecine, préféré le salariat à l'exercice libéral ?

Des dizaines de candidatures de jeunes médecins sont en attente, faute de nouveaux postes...

Plusieurs raisons semblent présider à ce choix. Globalement, on peut penser que les Centres Médico-Sociaux assurent une médecine d'équipe réelle, où les contacts entre praticiens généralistes et spécialistes sont fréquents, une médecine où l'équipement technique est supérieur à celui du secteur libéral individuel, une médecine où les conditions professionnelles sont satisfaisantes, en permettant un exercice relativement lent et de qualité, avec une indépendance professionnelle absolue. Les Centres respectent les modalités fondamentales de l'exercice médical, le libre choix du malade, la liberté de prescription du médecin, et le respect du secret médical.

Nous l'avons vu, les Centres offrent des avantages sociaux et une garantie d'emploi qui ne sont pas négligeables aux yeux des médecins. Ceux-ci peuvent jouir d'une vie privée véritable en gardant leurs soirées et leurs dimanches.

Pour les médecins hospitaliers, la pratique en Centre de Santé est compatible avec les obligations de leur Service, tout en accroissant de façon notable leurs revenus et en leur permettant de garder le contact avec la médecine praticienne, au contact de la réalité quotidienne.

(1) Ce « divorce » de la P.M.I. et de la Pédiatrie à Bobigny est lié à l'évolution des Centres de cette ville. La pédiatrie a été créée dès 1956 alors que la P.M.I. ne l'a été qu'en 1970. Le pédiatre n'a pu, faute de temps libre, prendre en charge cette nouvelle activité.

Le syndicalisme médical est relativement développé chez les médecins des Centres de Drancy et de Bobigny. Il semble, d'ailleurs, que le noyau actif du Syndicat (« Syndicat National des Médecins de Centres de Santé Municipaux » affilié à la Confédération des Syndicats Médicaux Français) réside dans les Centres du Département de la Seine-Saint-Denis (Blanc-Mesnil, Aubervilliers, Pantin, etc...). Les garanties contractuelles, la situation globale des médecins intéressés s'expliquent sans doute par ce dynamisme, l'un entraînant l'autre.

II. — LES INFIRMIERES. Les Centres Médico-Sociaux, comme nous l'avons déjà écrit, emploient un personnel infirmier important. La convention qui lie les établissements à la Sécurité Sociale astreint ceux-ci à ne recourir qu'à des infirmières diplômées. A la différence du secteur privé (et même de l'Assistance Publique...) il n'y a donc dans les Centres aucune aide-soignante, ni pour d'autres raisons, aucune manipulatrice de radiologie.

Au total, on se trouve devant un groupe de trente infirmières diplômées réparties dans les Centres de Drancy et de Bobigny. Ces infirmières sont issues, pour la plupart, du milieu hospitalier ; pour quelques-unes, de la Croix Rouge.

Les horaires, les conditions de travail, les problèmes des jours de repos les ont amenées à quitter l'Assistance Publique au profit des Centres de Santé. Dans ces Etablissements, les infirmières font partie du personnel communal titulaire et bénéficient donc du statut de la Fonction Publique, tout comme, d'ailleurs, à l'Assistance Publique. Mais elles ont l'avantage, dans les Centres, de pouvoir disposer de tous leurs dimanches. Ce qui entraîne, lors de leur départ de l'Assistance Publique, une légère diminution de leur salaire. Si les grilles de rémunération sont identiques, les primes de sujétion, de contagion, de garde sont évidemment perdues. Mais ces infirmières, outre leur dimanche, bénéficient d'un jour et demi de repos par semaine : les quarante heures hebdomadaires sont assurées en quatre jours et demi de travail. Sur le plan professionnel, ces infirmières sont polyvalentes. Elles reçoivent, dès leur arrivée dans les Centres Médico-Sociaux, une formation leur permettant de s'occuper aussi bien des soins à domicile que des consultations de spécialité, de radiologie ou de cardiologie.

Une dernière remarque : on note une certaine instabilité professionnelle dans cette catégorie, en particulier depuis quelques années. Cette instabilité a pour cause la décentralisation des entreprises de la Région parisienne qui entraîne le départ, en province, des maris. Et les femmes, même infirmières, de suivre... Enfin, il semble qu'à l'échelon des Centres Médico-sociaux, le recrutement des infirmières soit moins difficile qu'il y a quelques années : le déficit chronique de cette catégorie de personnel pèse moins qu'ailleurs. Sans doute par l'aspect attractif, au point de vue familial et professionnel, du travail en Centre Médico-Social ?

III. — LE PERSONNEL ADMINISTRATIF. Les Centres Médico-Sociaux, du fait de la variété de leurs activités et de la pratique du « tiers payant », emploient un grand nombre de secrétaires (seize par commune), chargées de « l'ouverture des droits à la Sécurité Sociale » des malades, de leur accueil, de l'organisation des rendez-vous, de la comptabilité, de l'établissement des bordereaux de remboursement avec les divers organismes sociaux (Sécurité Sociale, Mutuelles, AMG, etc.).

Pour la plupart, ces secrétaires n'ont, au départ, aucune formation médicale ou administrative. Il est, en effet, à regretter l'absence d'écoles spécialisées dans ce domaine. (1) Les Centres Médico-Sociaux sont obligés de former « sur le tas » leur propre personnel, dont le niveau moyen de recrutement correspond au BEPC. (2)

C'est après un assez long stage de formation sur place que ces secrétaires passeront l'examen officiel de secrétaire médicale. Il sera nécessaire d'inculquer à ce personnel les notions médicales nécessaires à son travail (vocabulaire technique, en particulier pour les rendez-vous et les comptes rendus de radiologie, pour le laboratoire d'analyses médicales), de l'initier au respect et à la nécessité du secret professionnel ainsi qu'au rôle complexe qu'il est amené à remplir, en tant qu'articulation entre le public et le corps médical. Les secrétaires peuvent, à un certain niveau, faire et défaire une consultation par la prise des rendez-vous...

Insistons sur ce problème de l'accueil des malades, car la secrétaire médicale se trouve en « première ligne » de l'accès à la médecine. Tout malade passe obligatoirement par le « Bureau » : l'accueil y est fondamental. C'est lui qui permet au malade, quel que soit son milieu social, de se sentir un peu chez lui, et non dans un hall de gare froid et impersonnel. Les secrétaires doivent parfois déployer beaucoup de patience pour faire comprendre à tel malade qu'il devra rapporter tel papier, pour débrouiller telle histoire confuse et orienter correctement un patient vers la consultation dont il a besoin.

Et que dire des relations avec la population immigrée, d'une sensibilité quelquefois épidermique, ne parlant souvent que quelques mots de français, perdue dans la complexité administrative et se remettant à la bonne volonté et aux conseils de « celle qui sait »...

De ce fait, et bien qu'aucun avantage de notation ne soit accordé lors de l'examen de secrétaire médicale, ce qui est dommage, une préférence est accordée, lors du recrutement, aux rares candidates qui ont la pratique d'une langue étrangère « utile » (espagnol, portugais et — trop

(1) Les Ecoles Privées de Secrétariat Médical forment une toute autre catégorie de personnel, beaucoup plus orienté vers l'assistance du médecin que vers le travail administratif dévolu aux Secrétaires des Centres Médico-Sociaux. Il est à noter d'ailleurs que la quasi-généralité des diplômés du Secteur Privé ne sont pas homologués dans le Secteur Public et l'inverse.

(2) « Formation et recyclage des Secrétaires Médicales ». Docteur Jean Reigner in « Centre de Santé », mars 1974, No 168

peu souvent — arabe ou kabyle). Certains documents médicaux, aux Centres Médico-Sociaux de Bobigny, sont d'ailleurs rédigés en portugais (préparation des radios digestives en particulier) : les travailleurs étrangers y sont fort sensibles... et mieux préparés. Dans le même esprit, certains Laboratoires pharmaceutiques ont édité des modes d'emploi pour les contraceptifs oraux, rédigés en diverses langues méditerranéennes (turc, espagnol, arabe, etc...).

Enfin, aux consultations de P.M.I., les rares monitrices de langue arabe ou kabyle qui viennent assurer un enseignement sanitaire aux mamans maghrébines rencontrent un franc succès. (1)

Toujours sur le plan relationnel, remarquons qu'il existe une différence inévitable de qualité d'accueil entre les Centres principaux (Joliot-Curie, Henri Wallon) et les petits Etablissements de quartier. Les premiers emploient un personnel nombreux, se relayant par équipes (les Centres fonctionnent 9 h 30 par jour, six jours par semaine). Plusieurs centaines de malades sont reçus journellement. L'accueil sera donc moins personnalisé que dans les « antennes de quartier », où se trouve presque toujours la même secrétaire avec des malades évidemment moins nombreux, donc mieux connus : les relations deviennent vite familiales. Au niveau des « Cités », il se reforme vite des « relations de village », où chacun se connaît : la vie des petits Centres (Jean Grémillon, Corentin Celton, Pierre Sépard) en est une illustration. On vient dire bonjour en passant, donner des nouvelles d'un enfant malade vu deux jours avant par le médecin, chercher un conseil, raconter une histoire. Ce ne sont plus là des relations impersonnelles de malades à secrétaires, mais des relations de voisinage avec leur charge affective. Il s'agit là d'un aspect original et peut-être d'une réussite des Centres de Santé, qui ont su garder à la Médecine, un aspect plus humain, même s'il n'est pas parfait...

Les secrétaires, en fonction de leur formation, ou de leur ancienneté, des concours qu'elles passent en cours de carrière, ont des grades et des responsabilités administratives différentes. Au bout d'un an de stage, elles deviennent « secrétaires médicales » après avoir été reçues à un examen dont on peut regretter, d'ailleurs, qu'il ne comporte pas d'épreuves médicales.

Ces employées pourront ensuite obtenir le titre de « secrétaire médico-sociale », après un nouvel examen. Notons, enfin, qu'il existe, dans un souci de décentralisation et de démultiplication des responsabilités, un poste de « secrétaire principale », chargée de la gestion d'un Centre.

La comptabilité des Etablissements (plusieurs millions annuellement) est assurée par les « régisseurs » sous le contrôle du Receveur municipal, dépendant lui-même du Ministère des Finances. Ce titre de « régisseur » correspond à une fonction et n'est pas attaché à un grade administratif.

(1) Voir note 3 page 90.

Son — ou sa — titulaire est responsable devant le Trésor Public, sur ses propres deniers, de la caisse des Centres ; en cas de vol ou d'erreur comptable, ledit régisseur doit rembourser lui-même le découvert au Trésor Public. Il contracte donc une assurance, obligatoire, pour couvrir sa responsabilité (« Cautionnement Mutuel »).

Les horaires de travail (8 h 30 à 19 h 30, avec une heure et demie d'interruption le midi) ont une répercussion sur la vie familiale du personnel, tant infirmier qu'administratif :

Problèmes des achats alimentaires (les boutiques sont fermées à l'entrée et à la sortie du travail...) ; de la garde des enfants (nécessité de rémunérer une nourrice pour les prendre et les garder à la fermeture des crèches, à 19 heures) ; des rythmes du foyer (dîners tardifs) et même de l'insécurité des retours nocturnes, l'hiver, dans les rues de banlieue désertes à cette heure.

Heureusement, l'alternance des emplois du temps limite ces inconvénients, cependant vivement ressentis par les intéressées.

Mais ces horaires difficiles sont justifiés par la politique des Centres Médico-Sociaux de faire fonctionner tardivement des consultations de médecine générale et de spécialités, accessibles de ce fait à la population active des deux communes. Une grande proportion de cette population ne rentre que tard de sa « migration quotidienne » (1), les lieux de travail étant souvent fort éloignés et les communications lentes et encombrées.

Dans l'équipe des Centres Médico-Sociaux de Bobigny, il existe une assistante sociale attachée spécialement aux Etablissements. Cette assistante est « polyvalente » et « hors secteur » : pratiquement, cela implique — contrairement aux autres assistantes sociales, elle n'a pas de secteur géographique précis qui lui soit attribué — qu'elle peut donc s'occuper de n'importe quel cas social venant en consultation quitte, bien entendu, à retransmettre le dossier à l'assistante « de secteur », une fois le problème spécifique réglé (hospitalisation, placement, etc...) (2) Cette assistante polyvalente a donc une action ponctuelle mais très spécialisée : des catastrophes, des drames familiaux peuvent ainsi être jugulés efficacement.

Les Centres de Drancy sont moins favorisés : après avoir disposé d'une telle assistante sociale pendant une dizaine d'années, le poste n'a pu être pourvu lors du départ de la dernière titulaire. Médecins et malades ont donc recours aux assistantes de secteur, déjà débordées et sollicitées de toutes parts (3).

(1) Chombart de Lauwe : Paris et l'agglomération parisienne.

(2) « Rôle de l'Assistante Sociale dans un Centre Médico-Social » par Mme Millius. XIV^e Congrès des Médecins de Centres de Santé, Paris octobre 1974.

(3) Pour la seule Ville de Drancy, 4 à 5 postes d'Assistants Sociaux sont en permanence à « découvert », du fait des difficultés de recrutement.

IV. — LA DIRECTION DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX.

La vocation médicale des Centres a favorisé la création d'un système original de direction, par la mise en place de « médecins-chefs » dont la fonction est un peu surprenante dans la hiérarchie communale « classique ».

Le terme, en lui-même, peut sembler fort critiquable, et se trouve discuté par les intéressés eux-mêmes. La dénomination de « Médecin-coordonateur », à la rigueur de « Médecin-Directeur », semblerait, en effet, plus adéquate, au moins en principe, la notion de « médecin-chef » étant liée, dans la tradition hospitalière, à celle de médecin le plus âgé ou le plus compétent — en principe du moins. Ici, le « Médecin-chef » n'est qu'un responsable, sans aucune notion de hiérarchie professionnelle. Une ambiguïté n'en demeure pas moins, ne serait-ce que dans l'esprit des malades...

Alors que la hiérarchie communale est bien définie : le Maire et le Bureau municipal (1), le Conseil, le Secrétaire général de mairie, les chefs de bureau, tout un service — et pas des moindres (90 personnes sur les 700 à 800 de l'effectif communal) se retrouve dans une position un peu bizzare, un peu à part avec sa propre éthique (le secret médical, les urgences), ses obligations d'un service « anormal » (problèmes des grèves... et de la permanence des soins), son rythme particulier de vie (fermeture tardive le soir, ouverture le samedi, les jours de « pont », etc...).

A la tête de ces Etablissements, un médecin-chef, nommé par le Maire, épaulé par le « Régisseur » et l'infirmière-chef. (2) Ce responsable, un à Bobigny et un à Drancy, est ambivalent : « politique » au sens propre, en appliquant sur le plan municipal les orientations sanitaires et sociales définies par la Mairie ; « administratif » en tant que collaborateur salarié de celle-ci, en liaison constante avec les cadres municipaux et les Services extérieurs (Sécurité Sociale, etc...)

Le Médecin-chef travaille en contact étroit avec ses deux « associés », le Régisseur et l'infirmière-chef. Il s'agit là d'un « collectif de direction », le Régisseur veillant à la gestion (remboursements des actes médicaux, organisation du bureau en liaison avec les Secrétaires médicales principales, réparties dans les Centres de quartier), l'infirmière-chef s'occupant des soins et de leur organisation, ainsi que de la préparation des consultations

(1) Le « Bureau Municipal » est un organisme de travail. Il est constitué par le Maire et ses adjoints, qui se réunissent pour prendre des décisions en commun.

(2) On peut regretter que le poste d'infirmière-chef — qui répond à des responsabilités et à un travail fort précis — n'existe plus dans la hiérarchie communale. Il s'agit d'une fonction, mais plus d'un grade.

On se trouve donc devant un « triumvirat », le Médecin-chef ayant la fonction essentielle de liaison avec les structures de décision (Maire et Bureau municipal) et d'exécution (les Services Municipaux, l'Economat, les Service des Travaux). En fait, cette liaison est assurée à plusieurs niveaux (le « collectif » dans son ensemble, les Centres annexes de leur côté). En dernière analyse, le travail du Médecin-chef est pour beaucoup un travail de coordination, coordination qui cherche en même temps à satisfaire aux impératifs de la démocratisation intérieure.

Les réunions de catégorie (infirmières, secrétaires, médecins) permettent d'aborder les problèmes de chaque groupe et de tenter de leur apporter une solution ; des réunions géographiques (par Centre) visent les questions particulières à tel ou tel Etablissement. Enfin, les commissions municipales réunissent les élus et les divers représentants du personnel.

En fait, les médecins règlent au jour le jour leurs problèmes avec les médecins-chefs, du fait de la présence quasi permanente de ces derniers qui semblent pratiquer efficacement une politique de la « porte ouverte », recevant à tout moment qui le demande. Il y a donc une sorte de dialogue permanent. Mais les commissions médicales n'existent pas en tant que telles, malgré des tentatives infructueuses : réticence inconsciente de certains, souci de « prendre du recul » pour d'autres, latence de problèmes conflictuels, simple hésitation à participer à une réunion supplémentaire du soir ?

Les motivations sont certainement complexes... (1)

Le Médecin-chef assure les relations extérieures des Centres : liaisons avec la Sécurité Sociale (contrôles médicaux et administratifs), préparation de nouvelles conventions avec les diverses mutuelles, relations avec la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.A.S.), recrutement du personnel. Il prépare les marchés (définition du matériel à acquérir, choix des fournisseurs), élabore des projets de nouveaux Centres. Mais la prise de décision est toujours collective, le Bureau Municipal décidant en dernier ressort.

La tâche des médecins-chefs est donc mixte : médicale et technique par vocation, administrative par second métier. Mais, de toute façon, leurs responsabilités sont suffisamment complexes pour que, très spontanément, les divers médecins-chefs des Centres Médico-Sociaux de la Seine-Saint-Denis aient éprouvé le besoin de créer un organisme de liaison, véritable structure de rencontres et d'échanges : « Inter-Centres 93 ».

(1) On peut remarquer que les « groupes Balint » ont été rares à se développer dans les Centres Médico-Sociaux de la région parisienne. (Mais ont-ils été plus nombreux ailleurs ?) De toute façon, ces groupes n'ont pas réuni l'équipe d'un Centre, mais des praticiens exerçant dans des Etablissements différents. Préoccupation louable, inspirée par les psychiatres, destinée à éviter de développer inutilement des tensions latentes ?

Se réunissant régulièrement chaque mois depuis plusieurs années, ce groupe d'études réunit à chacune de ses sessions une quinzaine de médecins-chefs qui ont ainsi l'occasion de confronter leurs expériences, d'échanger des informations (1) de coordonner de façon fonctionnelle — puisqu'ils sont indépendants les uns des autres, chaque commune étant autonome — les activités des Etablissements. L'existence d'Inter-Centres 93 semble contribuer efficacement à assurer l'homogénéité des Centres du Département, tout en laissant à chacun d'entre eux son autonomie et son indépendance les plus totales.

Il s'agit donc là d'une initiative spontanée de coordination intercommunale qui s'avère fort constructive.

Devant le Maire et ses Adjoints, la responsabilité du Médecin-chef est double : personnelle, quant à l'orientation donnée aux activités ; administrative, quant aux résultats et aux conséquences matérielles (les dépassements de crédits...) qu'impliquent cette orientation.

En fait, les Médecins-chefs de Drancy et de Bobigny nous ont semblé jouir d'une grande autonomie, libres de leurs emplois du temps et de l'organisation de leur travail (2), sous le contrôle discret, mais attentif, des Directions municipales. L'harmonie qui règne dans les rapports entre Maires, Secrétaires généraux et Médecins-chefs nous a frappé, ne serait-ce que par l'homogénéité de vues des divers partenaires.

Concrètement, il y a là le gage de l'efficacité des Centres Médico-Sociaux : le Médecin-chef constitue une charnière et une plaque tournante entre le personnel et les médecins d'une part, la Mairie de l'autre. Il constitue une sorte « d'amortisseur » entre la rigueur administrative et les obligations médicales, entre les impératifs sociaux et la vie quotidienne des Centres — avec son inévitable improvisation (un médecin malade, un afflux de patients, un appareil de radio en panne...)

Les tâches du Médecin-chef sont donc variées, se modelant sur la structure psychologique de l'intéressé : une enquête rapide dans les communes voisines nous a fait découvrir que son rôle est aussi polymorphe que possible, variant selon les villes et la personnalité des uns et des autres (élus, secrétaires généraux, cadres municipaux).

Pour conclure, le Médecin-chef — le Médecin-directeur, plutôt, le terme est préférable — apparaît en dernière analyse avec un double visage, celui d'un praticien, lien entre une équipe médicale et la Municipalité,

(1) Voir page 82.

(2) Leurs activités se partagent entre deux secteurs étroitement intriqués : les consultations et les problèmes de gestion, auxquels ils consacrent une très notable partie de leur temps.

et celui d'un animateur de Centres, dont il coordonne l'activité sur le plan matériel.

D'où peut-être aussi, une certaine ambiguïté de la fonction : « médecin » vis-à-vis des élus et de l'Administration municipale ; « chef de service » auprès des praticiens et du personnel pour qui il représente la « Mairie ». C'est sans doute aussi ce caractère ambivalent qui donne au Médecin-chef une place originale dans l'équipe des Centres.

Telles sont les réflexions que suscite l'étude d'une partie du personnel des Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny. Car, comme nous l'avons dit, les chirurgiens-dentistes, les assistantes et les prothésistes dentaires ont leurs propres problèmes, qui justifiaient toute une étude complémentaire.

V. — LES LOCAUX

L'échantillon architectural que représentent les Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny est assez étonnant, quand on connaît l'origine des bâtiments concernés. Il n'est peut-être pas inintéressant d'en dresser une sorte de catalogue :

Centre	Date de construction	Destination d'origine	Date des aménagements	Style d'aménagement
— Drancy Centres :				
H. Wallon	1930	HLM	1954 - 1962 1972	laque, carrelage rideaux
P. Sépard	1917	Dispensaire Croix Rouge	1971	cloisons de bois (2)
C. Celton	1969	HLM	1969	bufflon, liège, citronnier
P.M.I. P.-V. Couturier	1963	HLM	1963	laque carrelage
Service dent.	1963	HLM	1963	laque carrelage
Centre Bois de Groslay	1974	CMS (3)	1974	bufflon, liège
— Bobigny Centres :				
J.-Curie	1890	Bureau de poste	1956 - 1965 et 1971 (1)	laque, carrelage
J. Grémillon	1966	HLM	1966	laque, carrelage (4)
P. Rouquès	1936	Dispensaire « Dames de France »	1957 - 1962 et 1966 1971 (5)	laque, carrelage
Service dent. Karl Marx	1972	HLM	1972	bufflon et liège
P.M.I.	1973		1973	bufflon et liège
Prothèse	1900	Pavillon	1957 et 1974 (6)	laque et carrelage

(1) Ces trois étapes correspondent à la fondation, à l'annexion d'une classe puis à l'extension à tout un groupe scolaire désaffecté.

(2) Ce baraquement doit disparaître très prochainement et le Centre sera relogé dans des locaux neufs (H.L.M. S.N.C.F.)

(3) A signaler que c'est le premier établissement qui soit construit avec sa vocation propre.

(4) Le Centre Grémillon a marqué un tournant. C'est en effet à son propos que sont apparues pour la première fois des recherches décoratives (tableaux, revêtements soignés des murs, rideaux).

(5) Cette succession de remaniements correspondant à l'extension du Centre à tout le bâtiment, à la modification des circuits et à la construction de deux nouveaux cabinets médicaux et dentaires.

(6) Réaménagement du Service de prothèse en 1974, à la suite de la nouvelle installation du Service Dentaire.

Deux faits s'imposent à la lecture de ce tableau. La persévérance des efforts des deux Municipalités de Drancy et de Bobigny : depuis vingt ans, les aménagements et les créations se succèdent méthodiquement. Et l'évolution des techniques : les « derniers-nés » (Centre Corentin Celton et Centre du Bois de Groslay à Drancy, P.M.I. et Service dentaire à Bobigny, ne comportent plus, dans leur décoration, que du béton brut, du « Bufflon », du liège comme revêtements de mur...).

Souci du décorum ou de prestige ? Certes pas. Mais la nécessité de s'adopter à « l'Horizon 80 ».

Et comment en est-on arrivé là ?

Les Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny sont donc issus de locaux disparates, dont la finalité première n'était certes pas d'accueillir des malades. Ainsi, le Centre Joliot-Curie, à Bobigny, s'est installé dans les locaux d'un ancien bureau de poste et d'un groupe scolaire désaffecté. La majorité des Centres a été aménagée à partir d'appartements H.L.M. (1) Seuls les Centres P. Séward et P. Rouquès ont eu, d'origine, une vocation de « dispensaires », l'un fondé par la Croix Rouge, l'autre par les « Dames de France ».

Les Centres principaux de Drancy et de Bobigny (Centres Henri Wallon et Joliot-Curie) qui ne comportaient au début que quelques salles et préfiguraient les futurs Centres Médico-Sociaux, se sont progressivement agrandis : le premier en s'étendant au premier étage (1962) puis au deuxième (1972) ; le Centre Joliot-Curie en « annexant » une ancienne école désaffectée, dont la cour de récréation fut transformée en jardin.

Certes, depuis leur début, les locaux se sont progressivement améliorés et répondent mieux au besoin des malades et du personnel. Mais nous sommes loin de constructions idéales, conçues pour un usage médical. Les Centres se sont développés à partir d'anciens bâtiments même s'il n'en est resté que l'ossature, avec les impératifs avec lesquels il fallait composer (disposition des murs de refend, des piliers, de la disposition générale de la bâtisse).

Mais au cours des années et des travaux successifs, les locaux se sont modifiés et améliorés. L'expérience acquise au cours d'une tranche de travaux a profité à la suivante et à la construction des nouveaux Centres. Les fautes constatées et les erreurs de conception ne se sont pas répétées et il est sorti de ces remaniements successifs une véritable « doctrine » concernant la construction des nouveaux établissements : vingt chantiers

(1) La loi prévoit l'octroi aux collectivités locales d'un certain nombre de « mètres carrés sociaux » dans toute cité d'H.L.M. D'où la prédilection d'installation de Centres Médico-Sociaux, de salles de réunions, de permanences d'assistantes sociales dans ces cités H.L.M. C'était là d'ailleurs le but assigné par le législateur.

ont permis d'affiner des solutions et de remettre en cause les postulats les mieux reçus.

Un exemple est frappant : au cours des différentes tranches de travaux, des changements sont intervenus dans la disposition générale des locaux du Centre H. Wallon, à Drancy : lorsqu'il y a dix ans fut aménagé le premier étage, les salles de consultations avaient été placées au sud (et côté « rue ») afin de bénéficier de l'ensoleillement, alors que les bureaux administratifs étaient relégués au nord, sur la cour.

Du fait de l'accroissement de la circulation automobile et du bruit qu'elle engendrait, cette disposition fut inversée dans les nouveaux locaux, il y a trois ans, lors de l'ouverture du deuxième étage : les cabinets de consultation occupèrent le secteur, certes moins ensoleillé, mais surtout le moins bruyant...

Indiquons dès maintenant qu'il n'existe aucune réglementation régissant les locaux des Centres Médico-Sociaux du secteur public, ce qui laisse aux promoteurs de ces établissements une totale liberté d'initiative architecturale (1) (2). Les seuls impératifs sont les normes classiques de sécurité : comme il s'agit de locaux n'accueillant que relativement peu de gens de façon simultanée (quelques dizaines...), ces normes sont simples : elles concernent principalement l'existence de sorties de secours et d'un système de lutte contre l'incendie. Mentionnons le règlement du Service de Contrôle et de Protection des Radiations Ionisantes (SCPRI), fixant la surface minimale des salles de radiologie à 20 mètres carrés (3) : cette norme est totalement inadaptée car l'usage des tables télécommandées et des amplificateurs de brillance nécessite des locaux ayant, au minimum, une surface de quarante mètres carrés.

En quoi consiste donc un Centre Médico-Social ? Pour illustrer notre propos, décrivons le Centre principal de Drancy, le Centre Henri Wallon. Il couvre une étendue de 900 mètres carrés, répartis en trois niveaux. On y dénombre onze salles de consultations, une salle de radiologie et son laboratoire, une infirmerie, trois secrétariats d'accueil, cinq bureaux administratifs, sept salles d'attente, une salle de détente réservée au personnel et trois autres pièces consacrées à l'atelier de prothèse dentaire.

(1) Le statut des Centres de Santé. « Le Centre de Santé » octobre 1972 (No 153), janvier 1973 B. Steinberg (No 156).

(2) Les Dispensaires et Centres de Santé, pour fonctionner, doivent recevoir de la Sécurité Sociale une autorisation préalable (« l'agrément »). Pour obtenir cet « agrément », les Etablissements doivent justifier des conditions techniques d'installation, de personnel et de fonctionnement fixées par la réglementation de la Sécurité Sociale (annexe XXVIII du décret 56-284 du 9 mars 1956. « Journal Officiel » du 21 mars 1956). Mais les Etablissements gérés par des Collectivités publiques sont dispensés de cet « agrément » préalable.

(3) Et même à 10 mètres carrés pour les installations privées. Voir note SCPRI No 1009/V 71 page 2.

Une « annexe » — comme le Centre Pierre Rouquès à Bobigny — s'étend sur 300 mètres carrés et comprend quatre salles de consultation, une petite salle de radiologie et son laboratoire, trois cabinets dentaires avec leur laboratoire-stérilisation, une infirmerie, un secrétariat d'accueil et une salle d'attente.

D'autres Centres sont moins importants : le Centre J. Grémillon ne comporte qu'une salle d'attente, un secrétariat, une infirmerie, deux salles de consultation et une petite salle de radio. Le tout sur 100 mètres carrés.

Si les médecins effectuent leur consultation toujours dans le même cabinet (et ils y tiennent beaucoup), en revanche ils n'en ont pas l'usage exclusif, en médecine générale comme en spécialité — sauf exception.

Nous l'avons vu, la grande majorité des praticiens n'exercent pas dans un seul Etablissement et ils sont amenés à travailler dans plusieurs Centres, soit de la même commune, comme les généralistes, soit dans des communes voisines, comme le font les spécialistes. Les médecins se succèdent donc dans le même bureau, en fonction de leurs emplois du temps respectifs. Les salles sont donc polyvalentes, pour la plupart du moins.

Il y a des exceptions, car si une consultation d'ORL peut être assurée dans une salle de médecine générale, une consultation d'ophtalmologie — avec ses problèmes d'obscurcissement, son matériel encombrant et fragile — réclame l'exclusivité. Cette consultation ne pourra donc être pratiquée dans la même pièce qu'une consultation de dermatologie. La phlébologie et la gynécologie sont incompatibles, en raison des problèmes de surinfection dus aux pansements d'ulcères variqueux.

L'existence de salles de consultation spécialisée, à utilisateur unique, donne la possibilité d'aménagements particuliers et commodes. Ainsi le colposcope pourra être fixé à demeure sur le piétement de la table de gynécologie, en permettant ainsi l'usage quasi instantané, donc fonctionnel, cependant que le microscope n'aura pas besoin d'être déménagé entre deux consultations...

Abordons à présent la structure architecturale des Centres de Santé et les modifications de conception survenues au cours des récentes années :

La notion d'accueil des malades a une nette tendance à évoluer. Ceci est d'ailleurs primordial : le lieu destiné à recevoir les hommes révèle et éclaire une conception des rapports humains, qu'il s'agisse du Château de Versailles ou de Sarcelles... En ce sens, rien n'est plus révélateur que l'architecture, l'aménagement intérieur et la disposition des locaux destinés à recevoir les malades.

Dans cette perspective, le secrétariat unique où attendait une foule

de malades a été remplacé aussi souvent que possible par plusieurs bureaux de réception. Cette décentralisation permet, comme au Centre Henri Wallon, qui compte un service d'accueil à chaque étage, de diminuer le temps d'attente provoqué par la multiplicité des consultations aux mêmes heures.

Cependant, ces solutions ne sont pas encore suffisantes : il serait souhaitable de développer encore plus la notion d'accueil individuel, en multipliant le nombre de secrétariats, en les isolant les uns des autres. Mais cette solution se heurte à des limites financières, car une multiplication des points d'accueil signifie une augmentation concomitante des effectifs en personnel, donc un alourdissement des charges, qui deviendraient insupportables.

Toujours avec la même préoccupation d'améliorer les conditions d'accueil, les « hygiaphones » ont été supprimés. La disparition de ces barages entre secrétaires et « clients » avait entraîné à l'époque une vive réaction du personnel concerné, vaguement inquiet de la perte d'une protection tant morale que physique (les microbes...) Il fallut de longues discussions — et même un vote — pour obtenir cette suppression. Mais malades et secrétaires se déclarèrent vite enchantés après quelques semaines d'essai : le bruit des conversations diminua, les demandes de renseignement se firent plus discrètes, les tensions « public - secrétaires » tombèrent nettement. Si bien qu'aucun établissement ne comporte plus désormais d'Hygiaphone... et la pathologie du Personnel n'en a nullement été aggravée.

Il faut également multiplier les salles d'attente et éviter leur exiguïté comme leur démesure, car rien n'est plus froid et plus impersonnel qu'un « hall de gare » où trente personnes attendent pour les diverses destinations que sont les différentes consultations. Surtout, si l'on prend soin d'y ajouter, pour l'ambiance, les nasillements de quelque haut parleur d'appel...

Les salles d'attente doivent être conçues en fonction du nombre de cabinets médicaux desservis et de là en fonction du nombre maximal de malades susceptibles d'y séjourner en cas de retard dans le déroulement d'une consultation. Il faut donc prévoir la place de quatre ou cinq malades par salle et par médecin. La démultiplication des salles permet en outre de diminuer le niveau sonore de celles-ci, les « seuils d'hospitalité (1) » liés à l'empilement des malades. De même, l'utilisation de certains matériaux, dont nous reparlerons, aide à donner un ton feutré à ces salles d'attente.

Dans la mesure du possible, on aura, pour les consultations de pédi-

(1) P. Chombart de Lauwe : Famille et Habitation.

trie, une salle d'attente individuelle réservée à cette activité : elle aidera à diminuer les risques de contamination des jeunes enfants, permettra d'avoir un mobilier qui leur soit adapté — tout comme la pièce elle-même (angles de murs, nez de marches recouverts de bourrelets de caoutchouc). Cette salle pourra d'ailleurs recevoir une décoration adaptée à sa jeune clientèle : plutôt que de voir au mur l'éternelle réclame pour telle farine infantile, des photos de grand format représentant de jeunes animaux feront rêver les petits, tout comme les passionneront les poissons rouges de l'aquarium (à ne pas placer près de la fenêtre, pour éviter que les parois verdissent trop rapidement...) et quelques jouets solides, volumineux à souhait pour éviter les larcins. Il existe même, dans un des établissements objets de cette étude, un « mur magnétique » : une paroi de salle d'attente est revêtue d'une simple tôle peinte : les enfants exécutent, sur elle, en toute liberté, de savantes compositions en y appliquant des morceaux découpés de caoutchouc « magnétique » aux brillantes couleurs.

Abordons maintenant la disposition des salles de consultations. Leur conception a évolué énormément au cours des vingt cinq dernières années.

Dans l'immédiate après-guerre, le malade — appelé bien souvent par son numéro (Monsieur Quinze...) — pénétrait dans le déshabilleur pour s'y dévêtir (1). Après y avoir séjourné plus ou moins longtemps et médité sur son « indignité » il était enfin admis dans la salle d'examen.

Ces isoloirs « cagibis » ont été supprimés au fil des ans. Le malade vêtu normalement — à égalité vestimentaire avec le médecin — est désormais appelé, par son nom, directement dans le cabinet médical. Ce n'est qu'après l'interrogatoire qu'il se déshabille pour l'indispensable examen. Et le rhabillage se fera pendant la rédaction de l'ordonnance.

Il y a là un louable souci d'humanisation, de traiter le malade en « homme » et non en « sujet », en respectant sa personnalité. Cette pratique est systématique dans les Centres de Drancy et de Bobigny. Mais une nouvelle difficulté est apparue : si louable que soit cette volonté de supprimer le déshabilleur, l'absence de ce dernier gêne, à un moment, beaucoup de malades : les temps de déshabillage et de rhabillage étant mal vécus par certains d'entre eux, en particulier par la clientèle féminine.

Une nouvelle tendance s'est donc manifestée dans la disposition des nouveaux locaux médicaux : au niveau le plus simple, par la création d'un « coin de déshabillage » (un angle du cabinet médical isolé par un claustrat ou un panneau de verre dépoli).

A un niveau plus élaboré, on assiste à l'apparition du cabinet médical

(1) Nous pensons à la pancarte qui orne encore les déshabilleurs de quelques « Dispensaires » : « Les malades hommes se présentent torse nu, les femmes en combinaison ».

« double » (Centres Jean Grémillon, Corentin Celton, Bois de Groslay). Le médecin reçoit son malade dans un cabinet médical « bureau » (moquette, liège aux murs, mobilier classique) ; l'examen se pratique dans la pièce d'examen contiguë, vouée à l'appareillage technique, au carrelage et aux nickels.

Cette formule originale, grande dévoreuse certes de mètres carrés, modifie fondamentalement l'esprit même de la consultation. Ce style « XVI^e arrondissement » — s'il n'est pas favorable aux « cadences », mais ces dernières sont-elles compatibles avec un exercice valable de la médecine — élève indéniablement le niveau relationnel médecin-malade et retentit sur la qualité même de l'acte médical (1).

Sur le plan fonctionnel, des cabinets triples (Centres Joliot-Curie, Henri Wallon), à utilisation polyvalente, ont été mis en place, (utilisation en Cardiologie et en O.R.L. en particulier). Une disposition originale a même été créée au Centre Fernand Goulène, de Noisy-le-Sec, conçu par la même équipe : l'implantation, à priori aberrante, des déshabilleurs et d'un triple cabinet :

— En cardiologie, le malade appelé par l'infirmière en « A » (2) se déshabille dans un isoloir, subit son E.C.G. dans l'infirmierie et retourne dans son isoloir. Le cardiologue vient l'y chercher pour le recevoir dans son cabinet, sans que le malade, grâce à cette disposition topographique, ait besoin de se rhabiller, hors de la vue qu'il est des autres malades, en isoloir eux aussi, ou de ceux qui sont encore en salle d'attente.

— En O.R.L., le malade appelé directement dans le cabinet pourra attendre à l'infirmierie les effets d'une anesthésie locale sans bloquer la consultation.

Et l'application sera identique en Gynécologie. Une telle disposition — en un espace relativement restreint — assure donc une grande souplesse de fonctionnement, en économisant le temps du médecin et en respectant au maximum la pudeur et la dignité du malade.

L'infirmierie devra être spacieuse mais comprendra des cloisons mobiles permettant — si besoin est — de diviser cette pièce en plusieurs compartiments. En utilisation normale, ces cloisons sont repliées, laissant le maximum de volume disponible. En revanche, en cas de malaise d'un patient, d'une urgence, ou tout simplement en cas d'affluence, l'accueil pourra demeurer individuel grâce à la création instantanée de séparations visuelles et l'usage des diverses portes d'accès.

(1) Citons la réflexion d'un médecin non salarié visitant ce genre de cabinet « double » : « dans un Centre et avec un cabinet pareils, on ne peut envisager de « faire de la médecine à la chaîne »...

(2) Voir schéma page 63.

Pour faciliter les contacts entre les médecins et les infirmières, il est souhaitable — dans toute la mesure des possibilités des locaux et des obligations architecturales — de créer un double circuit de communication : l'un ouvert aux malades, l'autre réservé au personnel. Ce système évite au médecin, lorsqu'il a besoin de matériel, de renseignements, de l'avis d'un confrère, d'avoir à retraverser à de multiples reprises la salle d'attente. Le même système évite d'augmenter la tension et l'anxiété des malades devant une agitation perpétuelle de blouses blanches et des va-et-vient permanents (1).

ECHELLE : 1/100^e (1 cm au mètre)

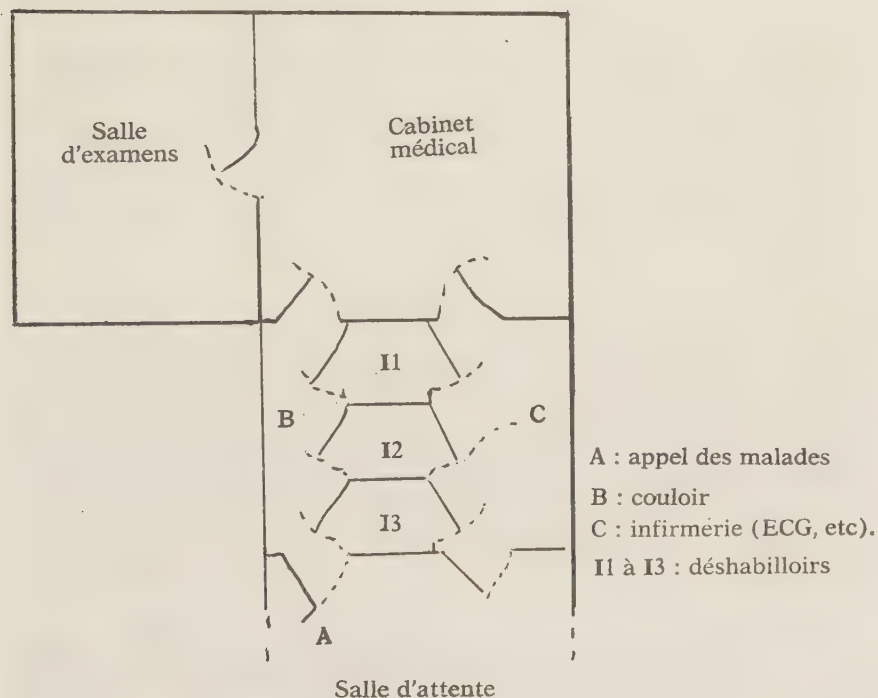
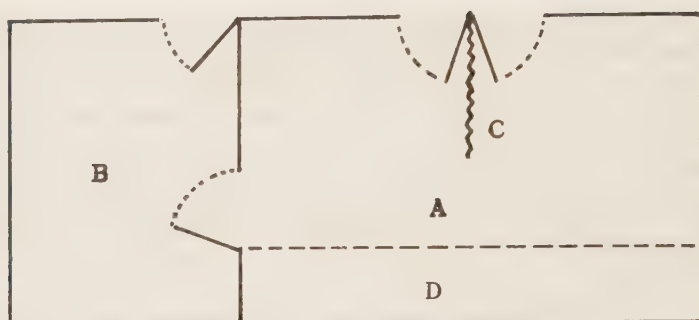


Schéma d'un cabinet médical polyvalent

(1) A signaler que les Services Dentaires (Paul-Vaillant-Couturier à Drancy, Pierre-Rouquès, Karl-Marx à Bobigny) bénéficient de tels circuits intérieurs. Faute de pouvoir assurer toujours de tels circuits, difficiles à créer en raison de la disposition des locaux, il faudra au moins prévoir des portes de communication entre les salles de consultations...



A : soins et piqûres

B : aérosols et agents physiques

C : cloison mobile

D : paillasse et plan de travail

Schéma d'une infirmerie

Sur le plan technique des circulations, il faudra veiller à ce que la largeur des couloirs ne soit pas inférieure à 120 centimètres : non pour satisfaire à la réglementation des « deux unités de passage » visant les locaux recevant plus de cinquante personnes simultanément, mais pour améliorer les perspectives intérieures et éviter de donner un aspect étriqué de boyau de circulation. Cette préoccupation élémentaire est quelquefois difficile à respecter, du fait des impératifs des murs en béton qui supportent mal des agrandissements d'ouverture de leurs baies non prévus lors de leur ferrailage.

En radiologie, les Centres Henri Wallon et I. Joliot Curie sont équipés de tables télécommandées, avec amplificateurs de brillance, circuits de télévision et développeuses automatiques. Mais il a fallu songer à d'éventuelles pannes de ces dernières et prévoir des bacs pour un développement manuel des films.

Autant il est souhaitable et nécessaire, en médecine générale, comme en consultations de spécialités, que le médecin ou l'infirmière vienne dans la salle d'attente appeler nommément son malade, en établissant ainsi un premier contact humain, autant en radiologie est-ce difficile — en particulier avec des installations « classiques » sans télévision —. Il faut alors recourir à un appel par haut-parleur. Mais cette sonorisation devra

être l'objet d'un choix attentif : l'indicatif musical préalable à l'appel du malade, la qualité du son seront indispensables pour éviter l'atmosphère de « hall de gare ». Ils donneront aux appels la tonalité de « voix céleste » qui contribuera efficacement à la quiétude de la salle d'attente.

Autre problème souvent négligé : la salle du Personnel, avec son équipement électro-ménager permettant la prise des repas de midi, les « pauses-café » de la mi-journée et les moments de détente qui donnent la possibilité de discuter tranquillement, en dehors de la présence et de la pression des malades. Lieu de rencontre par excellence de toute l'Equipe du Centre, ces locaux doivent posséder une bonne ventilation, ne serait-ce que pour éviter, au moment des repas, que des odeurs trop... exubérantes n'envahissent la Maison.

Signalons également la nécessité des vestiaires adaptés à l'effectif du Personnel, de postes de douches, de nombreux placards de rangement (réserves, pharmacie, archives et papiers, matériel de ménage), de caves de stockage, (réserve d'alcool, vieux matériel, etc.) Le garage à bicyclettes, les places de stationnement pour les voitures du Personnel, le chauffage — même léger — du local à voitures d'enfants sont souvent négligés lors de la création d'un Centre, tout comme les postes d'eau chaude et froide, à bonne hauteur, destinés à remplir les seaux des femmes de service.

La circulation des informations pose des problèmes architecturaux : bien entendu, un poste de téléphone doit équiper chaque place de travail afin de diminuer la fatigue, les pertes de temps et les allées et venues du personnel. Mais, de part le nombre des appels téléphoniques (demandes de rendez-vous, de soins en ville, de communications médicales), l'existence d'un standard devient vite nécessaire, dans une pièce isolée. Une secrétaire en effet ne peut à la fois répondre aux demandes du public et à ces appels téléphoniques sans qu'apparaissent rapidement un état de tension accrue, de fatigue, d'énervement du personnel et des malades, l'allongement des files d'attente et une mauvaise humeur générale.

L'isolement du standard supprime ces inconvénients et assure une plus grande discrétion du trafic téléphonique mais aussi, inévitablement, alourdit encore les besoins en personnel.

Un moyen majeur d'information circule en permanence entre les Services : il s'agit des dossiers.

LE DOSSIER constitue en effet le document médical par excellence. C'est un document collectif, à l'élaboration duquel participent tous les médecins appelés à traiter le malade. La communication inter-médicale s'effectuera grâce à lui. Ce dossier suivra le malade dans tous les services et toutes les consultations d'un Centre, et, au besoin, dans le centre de la Commune voisine (les transmissions de dossier s'effectuent automati-

quement, à la demande du malade, entre les divers Etablissements des deux Communes de Drancy et de Bobigny).

En quoi consiste ce dossier ? Il est constitué d'une enveloppe en feuille cartonnée, ouverte dans le sens de la longueur (les documents ne glissent pas, comme ils le feraient dans une « chemise »). Le carton doit être résistant mais assez souple pour pouvoir supporter les frottements et les multiples manipulations. Le format de 20,5 centimètres sur 12,5 est conforme aux standards habituels et permet au dossier d'être logé dans des bacs de classement de modèle courant.

Certaines indications sont portées sur la pochette : le nom (1), le prénom, la profession, la date et le lieu de naissance, le domicile et enfin le numéro de classement. Dans un cadre spécial, bien en évidence, sont signalées les intolérances ou les incompatibilités médicamenteuses éventuelles. Cette mention saute ainsi aux yeux du médecin qui recevra un malade qu'il ne suit pas habituellement : une telle intolérance médicamenteuse pourrait échapper à l'attention, si elle n'était signalée que sur la fiche de telle ou telle spécialité.

Chacune de ces fiches se différencie par sa couleur caractéristique de la spécialité concernée (il faut éviter des couleurs vives, trop soutenues et leur préférer des tons pastels ou de simples liserés en bordure) : le praticien ou la secrétaire pourra ainsi extraire instantanément la fiche qui l'intéresse, sans vider le dossier. Evidemment, le médecin annote sa fiche de la façon habituelle, mentionnant son observation, ses conclusions et sa thérapeutique. Soulignons l'intérêt d'écrire de façon précise les dates et la durée des arrêts de travail : les demandes de duplicata sont fréquentes... Les écritures trop cryptiques, les abréviations trop ésotériques, les codages trop hermétiques posent des problèmes aigus de déchiffrage et limitent la communication d'un médecin à l'autre : la fiche doit demeurer une liaison avec les autres confrères.

Un tendance logique se développe à ce propos : la disparition de la « lettre » d'un médecin à l'autre, pour donner ou demander un avis. Cette missive fait double emploi avec la rédaction de la fiche — ou l'annotation de cette dernière sera sacrifiée au profit de la « lettre », support pourtant essentiellement périssable de la communication inter-médicale. Un accord tacite a tendance à se répandre : chacun annote sa fiche, se livrant somme toute à un bilan du malade à un moment donné. La confrontation des deux documents permet au lecteur de se livrer à une synthèse sur l'état du malade.

Outre les documents habituels (comptes-rendus opératoires, correspondance hospitalière, etc.) les dossiers contiennent automatiquement les

(1) Pour les femmes, le nom de jeune fille suivi, éventuellement, de celui du mari.

électro-cardiogrammes (dont un exemplaire est envoyé au malade ou au médecin libéral le cas échéant), les comptes-rendus d'examens radiologiques et biologiques. Outre leur intérêt scientifique, leur présence répond à une exigence de la Sécurité Sociale qui veut que ses médecins ou pharmaciens-conseils puissent en avoir connaissance lors de leurs contrôles (1).

La « fiche administrative » figure aussi dans le dossier. Propre aux Centres de Drancy et de Bobigny, cette fiche est d'autant plus remarquable qu'elle ne comporte aucune mention ni aucune indication. Elle sera remplie par simple duplication au carbone du bordereau de Sécurité Sociale, quand ce dernier sera rempli. Les nom et prénoms, l'adresse et le numéro de Sécurité Sociale du malade, le nom, l'adresse et le numéro d'identification de son employeur seront alors automatiquement recopiés lors de la première consultation du malade, sans exiger un geste supplémentaire de la secrétaire. Il n'y aura donc plus, lors des séances ultérieures, qu'à vérifier l'absence de modifications de ces données : l'attente des malades en sera ainsi d'autant diminuée. Grâce à cette technique élémentaire de simplicité, les bordereaux de Sécurité Sociale, rédigés chaque quinzaine ou chaque mois, pourront être remplis à l'avance (les consultations s'effectuant presque toujours sur rendez-vous) ou ultérieurement, après le passage du malade. Dans les deux cas, l'attente, l'énervement sont évités aux « clients », le travail du bureau sera régularisé.

Chaque malade reçoit un carton portant la raison sociale du Centre (2) et mentionnant le numéro de son dossier personnel. Cette référence lui sera demandée avec insistance, à chaque consultation, à chaque prise de rendez-vous, pour tenter d'accélérer la recherche des dossiers (sinon il faudra recourir au fichier alphabétique...) Car les dossiers sont classés selon un fichier à double entrée (classement alphabétique renvoyant au numéro de dossier, celui-ci étant rangé selon un ordre numérique (3). Le bon fonctionnement de tout système de classement est conditionné par le rangement méticuleux des dossiers, car la moindre erreur nécessite de longues heures de recherche pour retrouver le document mal classé (46 000

(1) Il est à noter qu'un *modus vivendi* s'est installé — au fil des années — à propos de ces contrôles qui, s'ils sont exclusivement réservés à la « médecine sociale » — n'en demeurent pas moins fort discrets (une centaine de dossiers par an et par Centre) : pour respecter le secret médical, le dossier n'est pas remis au médecin ou au pharmacien-conseil de la Sécurité Sociale : le médecin prescripteur, ou le médecin-chef, donne simplement lecture du compte-rendu des examens radiologiques ou biologiques, le contrôle ne porte que sur la tarification de ces actes et sur leur matérialité. On ne saurait en dire autant du contrôle inquisiteur et provoquant des travaux de prothèse dentaire...

(2) Pour la petite histoire, il est arrivé au Centre Joliot-Curie de Bobigny de recevoir jusque d'Angleterre un numéro de dossier de malade, probablement perdu par ce dernier au bord d'un « Highway ».

(3) Le classement numérique quelqu'en soit la « ratio » (numéro d'INSEE, etc.) est largement utilisé, de préférence au classement purement alphabétique. Un des avantages de cette technique numérique permet d'analyser l'activité d'un Centre, en donnant une idée précise du nombre de nouveaux dossiers ouverts dans un temps donné, donc de l'arrivée et de la fréquentation de nouveaux malades. Voir tableau page 25.

dossiers se trouvent au seul Centre Joliot-Curie de Bobigny, 70 000 au Centre Henri Wallon à Drancy).

Les classeurs sont épurés régulièrement par le retrait systématique des dossiers inactifs (malades n'étant pas venus consulter depuis cinq ans) ou sans objet (l'Etat-Civil de la Commune communique régulièrement la liste des décès de la Ville).

Les dossiers inactifs doivent cependant être stockés à proximité, leurs titulaires pouvant fort bien revenir au-delà de ce délai de cinq ans. L'exemple en est presque quotidien...

Les clichés radiologiques non réclamés par les malades, les électro-encéphalogrammes (qui par leur format, posent d'ailleurs de sérieux problèmes de classement) seront détruits selon les Centres tous les cinq à dix ans, en raison du manque de place (1).

Enfin, les dossiers des malades décédés sont gardés systématiquement pendant une période de deux ans, en raison de la possibilité éventuelle de demandes de renseignements de la part des familles (2). Ces documents sont alors classés par ordre alphabétique, et non plus numérique — et pour cause...

Reste la question du stockage de ces dossiers médicaux : il convient d'en tenir compte dès la création d'un Etablissement. Outre le volume — toujours sous-estimé — et l'encombrement des matériels de classement, il existe un sérieux problème de poids : les planchers standards sont en effet étudiés pour supporter une charge moyenne de 150 à 200 kilogrammes au mètre carré. Or les bacs à dossiers peuvent représenter plusieurs centaines de kilogrammes au mètre carré. Il faudra donc, quel que soit le niveau d'implantation du secrétariat, prévoir un renforcement de la résistance du plancher intéressé. Cette obligation n'est pas toujours prévue lors de l'établissement du projet...

En raison de ces impératifs — et aussi de la lenteur de son service — il conviendra d'être prudent avant d'adopter le système de stockage à « noria » (bacs suspendus mûs par une chaîne sans fin, elle-même entraînée par un moteur électrique), dont la charge au sol peut atteindre la tonne au mètre carré. Avec l'aspect séduisant de leur faible encombrement au sol, ces classeurs à « noria » constitueraient — sans ces handicaps de lenteur, de poids et de prix de revient — une solution idéale au problème du classement des dossiers médicaux.

(1) Sous réserve d'erreur de notre part, l'Assistance Publique elle-même détruit ses archives médicales tous les cinq ans.

(2) ... Ou des Compagnies d'Assurances sur la Vie. Mais il y a là un problème de déontologie médicale et de secret souvent bien difficile à résoudre.

La circulation des dossiers peut recevoir plusieurs solutions : à Drancy et à Bobigny, où les Centres principaux s'élèvent sur deux ou trois niveaux, cette circulation est assurée par un petit « monte-dossier », uniquement réservé à cet usage et construit en matériaux légers (1). Cet engin, qui n'est donc pas dangereux par sa masse, sa charge, ou sa vitesse, échappe ainsi aux normes sévères de sécurité s'appliquant aux « monte-charges ». On a là un système pratique, rapide et peu onéreux (quelques milliers de francs), donc aisément réalisable, contrairement aux appareillages lourds dont les dispositifs de sécurité rendent le prix inabordable.

Dans les Centres Médico-Sociaux de structure horizontale — sur un niveau unique — le transport des dossiers pose un problème d'allées et venues pour le personnel. Ce transport pourrait être assuré en principe, par une circulation pneumatique des documents. La dimension de ces derniers (radios) et leur épaisseur (dossiers volumineux) l'interdisent — d'autant que les rayons de courbure de telles canalisations pneumatiques sont contraignantes — et le prix d'installation élevé. Le transport par courroies de transmission pose un problème similaire. Si bien que des Centres comme les Centres Pierre-Rouquès, Corentin Celton et des Bois de Groslay sont condamnés à un transport « manuel » des documents médicaux. Il ya là un problème bien difficile à régler de façon satisfaisante... Les modifications et améliorations n'ont pas porté seulement sur la structure et la conception des locaux des C.M.S., mais également sur les matériaux employés et même sur le matériel médical.

Le temps du bureau métallique, des chaises à piètement chromé, du « Formica », des murs carrelés ou peints à la laque en jaune ou en vert (le « jaune caca d'oie » de l'Assistance Publique...) est révolu. Pourquoi « Médecine en Centre Médico-Social » serait-elle synonyme de médecine en grisaille et d'aménagements désuets ? Les Centres, au fur et à mesure des années, ont donc modifié leur aspect et sont apparus des matériaux « nobles » : béton brut de décoffrage, citronnier, « Bufflon », liège et moquettes.. Les globes d'éclairage ont fait place aux projecteurs, (les « spots »...), aux appliques murales et aux éclairages indirects. Le bois le béton et le schiste ont supplanté le « Formica » et autres revêtements en « stratifié », tout comme disparaissaient les Hygiaphones.

Il y a bien longtemps que l'on ne parle plus des bancs dans les salles d'attente. Mais le remplacement des chaises, ces dernières années, par des banquettes vastes et confortables aux coussins recouverts de grosse toile, a posé un nouveau problème : les personnes âgées trouvent ces banquettes trop profondes et ont du mal à se relever. Il a donc fallu réserver des sièges moins bas pour elles.

(1) Il s'agit en fait d'une simple boîte en bois circulant verticalement entre deux rails et entraînée par une corde sans fin nantie d'un contrepoids.

Les mobiliers métalliques ont fait place aux bureaux en teck ; même les vitrines laquées des salles de consultation, éternel équipement des cabinets médicaux, ont disparu au profit d'un matériel en « inox » et en verre fumé.

Il faut réserver des crédits lors de la construction d'un Centre, pour la décoration murale. Sinon ce poste de dépense sera sacrifié in extremis et traité au rabais, alors qu'il s'agit d'un élément fondamental de la future vie intérieure de l'Etablissement. Cette décoration, en fonction du budget imparti, pourra être constituée, soit par de simples agrandissements photographiques, photos de l'U.N.I.C.E.F. (1), reproductions de vieilles cartes postales de la Commune de « l'Ancien Temps » (Centre I. Joliot-Curie, Pierre-Rouquès), de reproduction de tableaux et d'estampes (Centres Henri-Wallon, Jean-Grémillon), de lithographies originales (Centre Corentin-Celton) ou même de tapisseries (Service Dentaire K.-Marx, Centre F. Goulène à Noisy-le-Sec).

Toujours dans le même esprit a-t-on supprimé les vitres « blanchies » en installant des rideaux ininflammables et des doubles rideaux de couleur, ou des claustrats à lames verticales (2). Dans la mesure du possible, les revêtement de sol en dalles « thermoplastiques » vite usées et auxquelles il manque toujours un élément, ont cédé la place aux carrelages, certes plus onéreux, mais plus avenants et plus facilement entretenus.

Une inquiétude vient à l'esprit : ces matériaux fragiles, ces décorations murales vont être rapidement dégradés par le public...

Bien au contraire, il semble qu'un certain respect s'empare des malades : les Centres ainsi équipés (Centre Corentin-Celton : 1969, service dentaire K.-Marx 1972) n'ont subi aucune atteinte alors que des milliers de gens y ont défilé.

Comme si un certain luxe, un certain niveau de qualité décorative étaient appréciés à leur juste valeur. Et nous pensons que tel est le cas, à voir le comportement et la satisfaction des malades...

On a également veillé à l'aménagement des abords des Centres quand cela s'avérait possible. Ainsi à Bobigny (Centre Joliot-Curie) l'ancienne cour d'école a été transformée en jardin : les arbres, les rosiers, le gazon ont changé du tout au tout l'apparence de la Maison. Faute de pouvoir toujours disposer, par manque de recul sur la rue, de tels « espaces verts » (aussi modestes soient-ils : Centre Pierre-Rouquès), les Centres

(1) UNICEF : Fonds International d'Aide à l'Enfance.

(2) Les « stores vénitiens » ont été définitivement écartés par leur aspect aussi sinistre que pour leur maniement fragile.

ont été dotés de grands bacs pour installer des jardins intérieurs garnis de plantes vertes.

Autre point souvent négligé en fin de budget de construction : la signalisation. Celle-ci permettra d'informer le public de l'existence de ces réalisations municipales, de les localiser. Cette signalisation sera installée à différents endroits de passage obligatoire (axes de circulation, marchés, arrêts de bus) dans le quartier proche et aux abords immédiats.

Une tendance se fait jour : l'apparition du « totem », signal purement visuel accompagnant le message écrit. Cette « image de marque » (une silhouette abstraite pour le Centre Corentin Celton, un arbre pour le Centre des Bois de Grosly) se retrouve sur les pancartes, l'enseigne lumineuse de l'Etablissement, sur ces cachets et ses papiers.

Ces problèmes de signalisation sont souvent sacrifiés en raison de l'épuisement des crédits à la fin des travaux ; mais il est pourtant important de les traiter efficacement, pour assurer un bon démarrage et un certain dynamisme au nouvel établissement : le « savoir faire » — ce « know how » cher aux Anglo-Saxons — n'est pas tout. Le Secteur Public s'en contente trop souvent. Pourquoi ne pas emprunter au Secteur Privé le « Faire Savoir » ?

Mais, dira-t-on, ces aménagements sont forts souhaitables, certes. Mais à quel prix ?

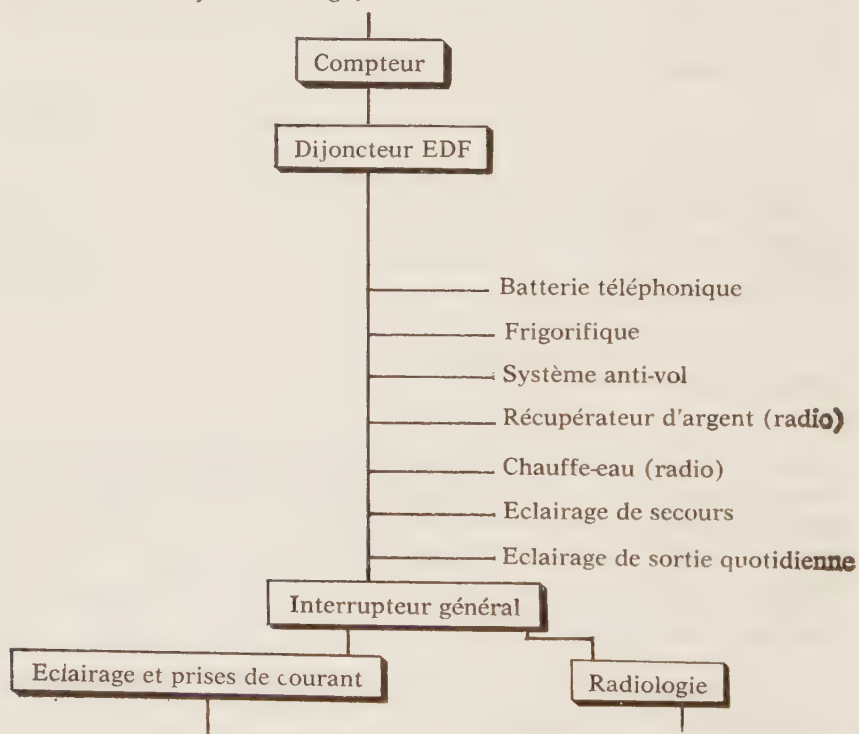
A une époque où il est délicat de parler en francs « stables » on peut répondre que le prix de revient du mètre carré de tels Centres est de l'ordre du double du prix de l'aménagement de la même surface en appartements style « H.L.M. » (matériel médical non compris). La dépense certes est élevée (d'autant qu'il n'existe aucune subvention pour la Collectivité Locale) (1), mais un Centre est aménagé pour des années : un certain niveau de confort est fort apprécié par la Population, une certaine qualité de vie est à encourager...

Pour terminer ce chapitre, nous voudrions aborder quelques problèmes de pure technologie, peu connus des architectes.

Premier impératif : le réseau électrique. Avec celui des autres fluides (eau, air comprimé, aspiration pour les services dentaires), il constitue un des postes essentiels des travaux d'installation, toujours sous-estimé lors du « devis descriptif » et générateur de conflits (et de « plus-values ») pour les entrepreneurs.

(1) Voir page 75.

Les Centres sont bardés d'instruments électriques coûteux (de la machine à enregistrer les recettes à l'appareil de radio et au « Poupinel »). Il est donc indispensable de « couper le courant » le soir, lors de la fermeture du Centre. Mais l'alimentation du circuit d'éclairage de secours (qui, sinon, fonctionnerait toute la nuit), l'éventuelle alimentation des batteries du système anti-vol et du téléphone intérieur, le frigidaire (conservation des allergènes et des vaccins), l'appareil récupérateur d'argent et le chauffe-eau à accumulation de la développeuse automatique du service de Radiologie exigent de rester sous une tension électrique permanente. D'où le schéma électrique suivant, devenu classique dans les Centres de Drancy et de Bobigny :



En partant le soir, le personnel n'a qu'à manœuvrer l'interrupteur général...

Autre problème électrique : celui de la puissance (50 KVA pour un petit Centre avec un appareil léger de radiologie). La distance au transformateur le plus proche, la pose du câble de grande capacité pour alimenter les services de radiologie « lourde » sont une nouvelle source de surprise de dernière heure, quand ce problème financier n'a pas été envisagé d'entrée de jeu.

Enfin, les « volumes de protection électrique » constituent une source constante de conflits avec les Commissions de Sécurité : faut-il rappeler que d'après la réglementation actuelle, seules les salles de bain — et encore pour être précis, les baignoires — doivent être protégées dans leur accès aux prises de courant. Il est donc loisible — et légal — de placer les prises de courant là où elles sont nécessaires, même dans la partie « humide » d'un laboratoire de radiologie (1).

Autre problème technique : le chauffage des locaux. En effet, les Centres sont le plus souvent implantés dans des immeubles collectifs, dont le chauffage est évidemment limité dans le temps. La présence de nourrissons, de personnes âgées, la pratique d'exams de radiologie nécessitent un chauffage pendant près de trois cents jours par an. Il faut donc prévoir soit un chauffage autonome soit un dispositif d'appoint. Et si le choix se porte sur ce dernier système, il faudra équiper chaque salle en courant électrique triphasé, permettant de disposer d'appareils de chauffage plus efficaces et moins onéreux à l'usage.

On devra aussi multiplier les points d'arrêt de circulation des divers fluides (eau, gaz, air comprimé, aspiration « dentaire »), car la moindre fuite risquerait de perturber toutes les activités d'un Centre. Incidemment, en raison de la multiplication des plaques électriques chauffantes, de la généralisation des réactifs chimiques ou colorimétriques pour les analyses d'urine (Clinistix, etc.), de l'évolution de la conception des cabinets dentaires et du prix de raccordement au réseau du « Gaz de France », les installations de gaz tendent à disparaître dans les Centres, tout comme d'ailleurs — de façon plus générale — dans les nouvelles cités d'HLM (2).

Une dernière « recette » concerne les revêtements « anti-X » des salles de radiologie : ce revêtement peut être assuré avec du contre-plaqué « plombé » en un ou deux millimètres, aussi efficace, moins encombrant et surtout moins onéreux que les dispositifs fournis par les Etablissements spécialisés ; on peut en dire autant pour les paravents et les « passe-cassettes ». Sans oublier aussi que, d'après les normes mêmes du Service Central de Protection des Radiations Ionisantes (SCPRI), un mur de briques pleines de 10 centimètres ou de 7 centimètres de béton équivaut à un millimètre de plomb. Cette donnée est fréquemment perdue de vue, alors qu'un mur de briques coûte bien souvent moins cher qu'un panneau plombé (3).

(1) Il y a bien — et très réglementairement — une prise de courant sur le lavabo des salles de bains...

(2) La prophylaxie des suicides au gaz, la difficultés d'accès (les grandes échelles des pompiers sont trop courtes...) et les catastrophes que peuvent entraîner ces suicides dans des logements collectifs de quinze ou vingt étages ne sont peut-être pas étrangères à cette disparition de la distribution du gaz...

(3) Voir note SCPRI No 1009/V 71. CERFA No 61-2053. Page 2.

Voici donc, résumées en quelques pages, les modifications, les transformations, les réalisations architecturales et techniques des Centres de Drancy et de Bobigny, au cours des dernières années. Il s'agit là d'une expérience très empirique, qui ne semble pas devoir constituer un acquis immuable : chaque donnée est remise en question lors de la construction du Centre suivant, afin de tenter d'améliorer les solutions apportées précédemment aux divers problèmes.

La progression des techniques et la conception même de cette série d'Etablissements — chacun tendant à améliorer le précédent — sont liées à un fait curieux : il semble que ces constructions très spécialisées n'aient pas attiré jusqu'ici l'attention suivie d'un architecte. L'un des médecins des Centres de « Drancy-Bobigny » s'y est intéressé et — au fil des années — a développé une vocation architecturale en participant à la création de cette « chaîne » d'Etablissements.

Sous son impulsion, une équipe est peut-être actuellement en train de se constituer pour tenter d'aller plus avant (Centres Karl Marx, à Bobigny, F. Goulène à Noisy-le-Sec, des Bois de Groslay, à Drancy).

Si ces divers chantiers ont abouti à la création de Centres adaptés aux besoins des malades et du personnel qui y exerce, un travail collectif en apporte peut-être l'explication : le programme d'activités, les plans du futur Centre sont soumis à la discussion du Groupe qui s'en occupera et qui a l'expérience des Centres précédents. Des erreurs sont ainsi redressées, des améliorations sont apportées. Les modifications à effectuer sont étudiées, qu'il s'agisse de la place d'une cloison, d'un lavabo ou de la création d'un courant de circulation des malades. Mais on se heurte souvent à un problème inattendu : les utilisateurs (médecins et personnel para-médical) ont, en général, une mauvaise appréhension spatiale des plans : la réalité ne correspond pas toujours à l'idée qu'ils s'étaient faite des volumes des locaux à la lecture du projet. L'idéal serait donc de présenter, chaque fois, une maquette du futur Centre. La compréhension du projet en serait considérablement améliorée mais son coût constitue un sérieux handicap. L'expérience a cependant été tentée (Centre Corentin Celton en particulier).

Nous assistons donc à la naissance de nouveaux Centres, fruit d'une réflexion collective, de la critique des expériences antérieures, de la technicité des utilisateurs et du dynamisme de Municipalités soucieuses du bien-être de leurs mandants.

Et le tout sans aucune subvention d'aucune sorte...

VI. — FINANCEMENT ET BUDGET

Les Centres Médico-Sociaux sont de financement purement municipal ; leur budget constitue une partie intégrante des finances communales. C'est donc dire, en un mot, que la Ville, seule, doit faire face aux charges de ces Etablissements...

Un bref retour en arrière s'impose :

Les décrets de 1960 ont marqué une cassure dans le financement et le fonctionnement des Centres de Santé, quelqu'en ait été le gestionnaire.

Jusqu'à la parution de ces textes, la Sécurité Sociale accordait une certaine aide aux Etablissements sous forme de subvention (25 %) et de prêts sans intérêt, pour les travaux et les achats d'équipement.

Le désir d'établir une « Convention Nationale » avec le Corps Médical libéral nécessita, en 1960, d'importantes concessions de la part des Organismes de la Sécurité Sociale et des Syndicats ouvriers qui siégeaient alors en majorité au sein des conseils d'administration. C'est ainsi que la Sécurité Sociale dut renoncer à encourager et à aider les Centres de Santé, en s'interdisant désormais l'octroi de toute subvention et de tout prêt (article 18 de la « convention nationale »). Les Centres se trouvèrent ainsi abandonnés aux maigres ressources de leurs collectivités gestionnaires (Municipalités, Syndicats, Comités d'entreprises, Œuvres confessionnelles, etc...)

Le retentissement fut immédiat : l'expérience des Centres s'est trouvée freinée dans son ensemble par manque d'argent, puisque le fameux article 5 du décret du 12 mai 1960 interdisait désormais toute aide de la Sécurité Sociale aux Etablissements de soins.

Plus grave encore, un abattement de tarif était institué à l'encontre de ces Centres : si le tarif des actes médicaux pratiqués dans les « Dispensaires » étaient indexés sur les tarifs plafonds conventionnels — donc sur les tarifs libéraux — ces tarifs, par contre, se trouvaient minorés de dix à trente pour cent, selon la catégorie dans laquelle les Etablissements étaient classés (article 6, paragraphe 2 du décret du 12 mai 1960). Des dispositions spéciales définissaient les conditions de classement des Centres. Pour la région parisienne (1), trois catégories furent arbitrairement

(1) Il est remarquable que ces « abattements » tarifaires n'ont aucune base juridique ou réglementaire ; il s'agit de décisions unilatérales des Caisses Régionales de Sécurité Sociale, sous la pression évidemment du Secteur Libéral. Ces abattements ne sont pas identiques pour l'ensemble de la France, pas plus que les modalités de classification des Etablissements. Il faut ajouter l'existence officieuse, mais fort concrète, d'un véritable « numerus clausus » à propos du nombre des Centres classés en catégorie « AI » (hors classe)... Les abattements de tarifs sont chiffrés en page 79.

créées : A1, A et B. Chacune se voyait fixer un abattement tarifaire différent allant de dix pour cent pour les meilleurs Centres (catégorie « A1 ») à trente pour cent pour les plus pauvres (catégorie « B »).

Autant cette mesure aurait pu être incitative et encourager les collectivités gestionnaires à améliorer leurs locaux ou leurs équipements pour « bénéficier » d'un abattement moindre si ces collectivités avaient eu le moyen d'en assurer le financement (prêts, subventions), autant la même mesure devenait inique dans la mesure où elle obérait gravement, par ces abattements et ces diminutions de recettes, les finances des Centres en leur interdisant pratiquement toute possibilité d'amélioration.

Il y avait là une tentative d'étouffement à long terme des Centres Médico-sociaux : elle s'est avérée efficace, pour beaucoup d'entre eux tout au moins. La médecine sociale a reçu, en 1960, un coup d'arrêt dont elle n'est pas encore remise.

En conclusion, à partir de cette date, non seulement les Centres de Santé se trouvent entièrement à la charge des Collectivités gestionnaires mais aussi — et ceci en vertu de dispositions arbitraires non prévues par la loi — ils fonctionnent avec des tarifs largement inférieurs à ceux du Secteur libéral : le dépérissement absolu (par impossibilité de créer de nouveaux Centres ou de les moderniser) et l'étouffement des Etablissements (par la diminution de leurs recettes avec des abattements de 10 à 30 %) étaient ainsi savamment organisés...

Que s'est-il passé, en fait, dans les deux communes de Drancy et de Bobigny ?

Si le Centre Henri Wallon (Drancy) et le Centre I. Joliot-Curie (Bobigny) — dans leur premier aménagement — devaient à l'époque bénéficier du régime de subvention antérieur aux textes de 1960, les autres Etablissements furent entièrement financés par le budget des deux communes. En effet, les deux Municipalités ne renonçant pas au programme social qu'elles avaient proposé à leurs concitoyens, poursuivirent la construction des nouveaux Centres. (1) Ceux-ci furent installés soit dans les locaux communaux pré-existants (Centre Pierre Rouquès), soit dans les locaux sociaux d'HLM (Services Dentaires de Drancy et de Bobigny, Centre Corentin Celton) en devenant alors locataires des Offices locaux d'HLM (la nouvelle charge locative venant encore alourdir le budget communal). Tous les frais dus à la modification et à l'adaptation des locaux, à l'acquisition du matériel durent être supportés en totalité par la Collectivité communale, sans aide aucune. Une compensation à cette déplorable situation : les communes, maîtres d'œuvre, étaient libres d'éla-

(1) Voir tableau page 56.

borer leurs projets et d'en fixer les installations, échappant ainsi à des réglementations obsolètes et tatillonnes. Peut-être y a-t-il là un des mécanismes qui ont permis un certain dynamisme de conception et d'exécution des Centres étudiés ?

LA STRUCTURE BUDGETAIRE : Les Centres Médico-sociaux, nous l'avons déjà souligné, ne disposent pas d'un budget autonome. Etablissements purement communaux, ils sont intégrés dans la structure municipale : le personnel (médecin compris) est nommé par le Maire, les dépenses sont partie intégrante du budget communal, voté chaque année par le Conseil municipal.

C'est à l'intérieur de ce budget — à diverses rubriques de chapitres des « dépenses » — que l'on retrouve donc le financement des Centres Médico-sociaux, tant au point de vue des charges salariales que des charges de fonctionnement ou des dépenses d'investissement.

Les crédits de fonctionnement constituent une masse incompressible, reconductible d'une année sur l'autre. En revanche, le poste « équipements » et « investissements » peut varier selon la conjoncture économique : on connaît trop les difficultés financières des Collectivités locales privées de ressources, écrasées par les dépenses anormales (équipements scolaires, voirie, etc...), assujetties au versement de la « Taxe à la Valeur Ajoutée » (TVA) sur tous les travaux qu'elles font exécuter ou sur le matériel qu'elles acquièrent, pour que nous devions nous étendre sur les problèmes budgétaires des communes.

Les investissements sont donc toujours limités, l'ensemble des ressources des communes étant consacré presque entièrement au budget de fonctionnement. Mais il est frappant de constater que les villes de Drancy et de Bobigny ont toujours su garder une ligne de politique sanitaire très ferme dans le domaine de la santé, assurant chaque année, même aux pires moments, l'extension — si minime soit-elle — des Centres, leur modernisation systématique, le renouvellement de leur matériel technique. Le tableau de la page 56 en donne le résultat saisissant.

L'ETABLISSEMENT DU BUDGET ANNUEL : chaque année, les Centres Médico-sociaux, par l'intermédiaire de leur médecin-chef, établissent une liste des besoins, selon les desiderata des divers services et des catégories de personnel médical, paramédical et administratif. Ce « catalogue » est soumis à la « Commission municipale de la Santé », commission composée d'élus (adjoint au maire et conseillers municipaux), de techniciens (médecin-chef, etc..) de responsables de Syndicats ouvriers (en tant que représentants de la population), de personnalités locales et de médecins libéraux. Cette Commission consultative étudie les propositions, sur le plan de leur intérêt médical ou social et les transmet avec son avis à

la « Commission des finances », chargée d'étudier l'avant-projet de budget. Puis le « Bureau municipal » (constitué du Maire, des adjoints assistés du secrétaire général de Mairie) préparent le budget définitif qui est enfin soumis pour décision au Conseil municipal. (1)

En fonction des possibilités financières du moment, un accord sera donné pour la réalisation d'une partie ou de la totalité des propositions avancées initialement ; les crédits sont alloués en conséquence.

Le Centre Médico-social — en l'occurrence le médecin-chef et son équipe — passera alors à l'exécution des projets adoptés, s'occupant du choix et de l'achat du matériel, de la mise en route des nouvelles consultations et de l'élaboration, en liaison étroite avec les Services techniques municipaux, des plans des futurs Centres.

Pour être complet, signalons l'existence de budgets annexes : les Centres de Protection Maternelle et Infantile font l'objet d'un remboursement à 100 % par le Département, lui-même défrayé en partie par l'Etat. Un budget prévisionnel est établi en mai de chaque année et est soumis à l'appréciation de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale du Département.

Le budget du Bureau municipal d'hygiène obéit à la même procédure. Celui des Centres de planification familiale est en cours d'élaboration (janvier 1975) : une convention financière avec le Département devrait permettre un financement départemental et national de ces Etablissements.

Pour achever ces considérations générales sur les problèmes budgétaires, notons que le développement de l'informatique et l'apparition des ordinateurs de la deuxième et de la troisième génération (2) apportent actuellement à la gestion et au fonctionnement des Centres une certaine raideur qui ne va pas sans poser certains problèmes : il est difficile de planifier le fonctionnement de Centres Médico-sociaux, du tube radiogène qui « lâche » (15 000 francs) au besoin soudain de doubler une consultation devant le brutal afflux des malades... Il est probable que le temps et l'expérience contribueront à assouplir des protocoles informatiques actuellement un peu rigides...

LES RECETTES. — De par leur vocation et la convention qui les lie à la Sécurité Sociale, les Centres Médico-sociaux sont ouverts à tous, assurés sociaux ou non, résidant ou non dans la commune.

(1) Il faut préciser qu'en fait il existe deux budgets communaux annuels : le budget primitif et le budget supplémentaire. Tous deux, après leur vote par le Conseil Municipal, doivent être « approuvés » par l'Autorité de Tutelle (Préfecture). Voir page 45 note 4.

(2) Les Communes de Bobigny, Drancy, Blanc-Mesnil, Pantin, Dugny se sont associées en un « Syndicat Intercommunal » qui gère ses finances avec un matériel d'informatique moderne. C'est ainsi que des ordinateurs de la troisième génération sont en train d'être mis en place, avec des « terminaux » dans chaque Mairie.

Si les consultants sont assurés sociaux, ils bénéficieront du « tiers payant », à la seule condition de fournir les documents (1) permettant d'établir leurs droits à la Sécurité Sociale.,

Celle-ci, opérant alors une délégation de pouvoir au profit du Centre quant à « l'ouverture des droits » de l'assuré (2), règlera directement à l'Etablissement — d'où le vocable de « tiers payant » — la fraction remboursable du prix de l'acte médical (3).

Dans cette hypothèse qui constitue la règle générale, le malade n'aura donc à régler que le « ticket modérateur » de 25 % du prix de l'acte médical, ces 25 % représentant la fraction non-remboursable par la Sécurité Sociale (bien entendu, ce « T. M. » n'existe pas pour les malades en « Maladie de longue durée », en « Invalidité » ou en « Prénatale »).

(1) Carte de Sécurité Sociale bulletins de salaire ou attestation d'assurance.

(2) Cette délégation de pouvoir pour l'établissement des droits est donc assurée par l'équipe des secrétaires médicales des Centres. D'où leur nombre (seize par commune). En bonne justice, le salaire de ces dernières devrait incomber à la Sécurité Sociale, qui restreint ainsi d'autant ses propres effectifs. Il y a là un transfert des charges de la Sécurité Sociale vers les Collectivités Locales qui n'est pas prévue par la Loi, aggrave les abattements de tarif (la Sécurité Sociale paie moins cher les actes médicaux et n'a quasiment aucun frais pour les rembourser...) et aggrave encore les difficultés financières des Centres.

(3) Comme nous l'avons signalé, le prix de ces actes médicaux varie selon les Etablissements et leur classification. Au 1-12-74, ces prix étaient de :

	Cat. « A I » abat. de 10 %	Catégorie « A » 20 %	Cat. « B » 30 %	
Bobigny	C. Joliot-Curie C. Pierre-Rouquès S. Dentaire K-Marx S. Dentaire Roquès	C. . Grémillon		Tarif Libéral
Drancy	C. H. Wallon S. Dentaire P.V.- Couturier	C. C. Celton S. Dent. Celton	C. P. Séward	
C	22,50	20	17,50	25
CS	35,10	31,20	27,30	39
K	5,53	4,92	4,30	6,15
Z	4,50	4	3,50	5
V (avec ISD) .	37,50	34	26	41
D	5,53	4,92	4,30	6,15

Le même système fonctionne pour les régimes dits « spéciaux », les Centres ayant passé des conventions avec les Caisses de la RATP, de la SNCF, de l'Assurance Agricole (1) et des accords avec de nombreuses Mutuelles (Mutuelles ouvrières, comme la Mutuelle des Travailleurs de la Région parisienne, Mutuelles du Ministère de la Justice, de l'Education Nationale, des Armées, etc...). Si le malade est mutualiste, il fournira un « bon » au Centre Médico-social : ce dernier sera remboursé directement par la Mutuelle des 20 % du prix des actes médicaux. Le malade n'aura donc, en ce cas, qu'à supporter personnellement cinq pour cent de tous les frais médicaux nécessaires.

Les victimes des accidents de travail, les bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG), les titulaires des carnets de soins militaires (article « 115 ») seront évidemment soignés gratuitement, les actes étant remboursés à 100 % (toujours avec l'abattement tarifaire) par les Organismes concernés. Moyennant, évidemment, force états et bordereaux remplis inévitablement par de nouvelles secrétaires...

Le système de « Tiers-payant » est donc fort séduisant pour les malades, à qui il évite d'avoir à déboursier quelquefois de grosses sommes (examens de radiologie, de laboratoire, etc...) pour être ensuite obligés d'attendre de longues semaines un remboursement de la Sécurité Sociale. Certes, ce système constitue un attrait supplémentaire pour la population et l'incite à fréquenter les Centres. Il ne semble pas que ce soit cependant là sa motivation fondamentale. Nous reviendrons sur ce point.

Mais ce système du « tiers-payant » présente un revers : outre l'abattement tarifaire — illégal mais omniprésent, privant les Centres d'une juste rémunération — l'alourdissement du Secrétariat des Etablissements. Les effectifs se multiplient pour établir les droits des assurés sociaux, à la place de la Sécurité Sociale, et pour tenir des comptabilités de plus en plus complexes. Nous avons évoqué le problème....

Un autre handicap : l'immobilisation des fonds. Entre la pratique de l'acte médical et son remboursement s'écoulent plusieurs semaines, quand ce n'est pas plusieurs mois. Le gel correspondant des rentrées financières n'est peut-être pas orthodoxe à une époque où la rotation des capitaux constitue l'un des principes essentiels d'une bonne gestion : il existe en permanence un volant de plusieurs dizaines de milliers de francs « à la traîne » qui seront remboursés certes — le Secrétariat et les Régisseurs y veillent jalousement — mais seulement au bout de quelques mois...

(1) Situation aberrante en 1974 : à l'instar des mineurs, les membres de la S.N.C.F. et de la R.A.T.P. n'ont pas le libre choix de leur médecin. Seules leurs familles bénéficient de cet avantage élémentaire.

Les recettes liquides représentent en principe les 25 % du prix des actes médicaux (le « ticket modérateur »). Mais elles sont en fait supérieures à cette proportion (1) et ne posent aucun problème spécial de comptabilité. Chaque versement en numéraire fait l'objet d'un reçu — sous forme d'un ticket de caisse — et est porté sur le livre de comptes tenu par le Régisseur sous le contrôle du Receveur municipal.

La présence de cet argent liquide, mis évidemment en lieu sûr avec régularité, tente cependant les inévitables malandrins : les Centres sont victimes de cambriolage à répétition, sans conséquences graves d'ailleurs, du fait des mises en sécurité des fonds. Une sanction en découle néanmoins : l'obligation, désormais, d'équiper chaque Centre d'un dispositif fort onéreux de protection contre le vol.

Autre souci financier pour les Régisseurs des Centres : la tenue des comptabilités annexes (remboursement par la Caisse des Ecoles des visites de colonies de vacances, par les clubs sportifs des examens de leurs membres, par les entreprises des examens de laboratoire demandés au titre de la médecine du travail, par la Préfecture des frais de vaccinations légales).

En un mot, une véritable comptabilité d'entreprise s'impose à la direction des Centres Médico-sociaux, ne serait-ce que pour « suivre » les encaissements et vérifier que tous les actes sont bien remboursés par les multiples Organismes de protection sociale.

LES DEPENSES des Centres Médico-sociaux sont fort classiques : salaires du personnel, achat de matériel, acquisition de nouveaux équipements.

Le contrôle des dépenses est fort logique et conforme à l'organisation administrative habituelle : les bons de commandes — émis par les divers Centres et contresignés par l'un des membres de la Direction des Etablissements (médecin-chef, régisseur ou infirmière-chef) sont transmis aux Economats municipaux qui enregistrent, informent l'ordinateur (la fameuse « ouverture des dépenses » indispensable étape de la gestion informatique sans laquelle la « machine » refusera la facture ultérieure...) et passent la commande au fournisseur. On peut noter que le choix du matériel, la sélection des fournisseurs incombent à la Direction des Centres, qui dispose ainsi de la plus entière liberté. Il faut dire que les médecins-chefs des Etablissements nous ont semblé très préoccupés par les problèmes financiers et se livrent à une étude serrée des prix des fournitures...

(1) Si certains malades n'acquittent pas ce « ticket modérateur » (patients en « longue maladie », en Invalidité, etc.) par contre d'autres règlent la totalité du prix des actes : ceux qui ne peuvent bénéficier du « tiers-payant » (commerçants, artisans) ou ne disposent pas des pièces justificatives de leur qualité de salarié (absence de bulletin de paye, de la carte d'immatriculation) ou enfin demandent des actes non pris en charge par la Sécurité Sociale (stérilets, vaccinations, prothèses dentaires hors nomenclature, etc.)

Ce souci bien normal d'une saine gestion fait déboucher les Centres sur toute une série de mesures qui nous semblent dignes d'être signalées par leur caractère concret :

La rationalisation de l'achat des films radiologiques : un groupe « fonctionnel » des Centres de diverses communes voisines (qui, légalement, n'ont pas de lien entre elles) permet d'obtenir des marges de rabais importantes pour la fourniture des films. Il en va de même pour les examens de biologie médicale : les prix de revient des frais de secrétariat et d'utilisation des locaux au profit des laboratoires sont calculés de façon très stricte, de façon à ne pas obérer le prix de revient du « B » (unité de cotation des actes de biologie, dans la nomenclature de la Sécurité Sociale).

Une expérience est en cours : la récupération systématique des sels d'argent au niveau des développeuses automatiques des films de radiologie, par la pose d'appareils spécialisés.

La standardisation de certains documents (dossiers, fiches médicales) communs aux Centres de Drancy et de Bobigny permet non seulement les échanges en « dépannage », mais surtout la réduction des frais de fabrication, du fait de séries plus importantes.

De façon plus générale, la création de « Centrales d'Achats » au niveau des Economats municipaux permet d'effectuer une pression sur les fournisseurs et de leur faire « serrer leurs prix ».

Tout ceci n'est, en fait, que de la gestion classique, tout comme la tenue statistique de rapports comme :

aiguilles et seringues « à jeter »

n injections

n films de radio

x examens

n dents artificielles

y « D » de prothèse

permet de suivre le fonctionnement des services intéressés.

D'autres problèmes financiers sont préoccupants : les masses salariales progressent rapidement : celles du personnel selon les majorations accordées à la Fonction publique, celles des médecins un peu moins vite. (1) Ces taux de progression sont supérieurs à celui de la valeur des actes médicaux...

(1) Voir page 46.

Les médecins des Centres Municipaux ont leur salaire effectivement indexé sur la Fonction Publique (ex-indexe « 100 ») et ses variations. Mais les Fonctionnaires — donc le personnel para-médical et administratif — bénéficient en plus de majorations de « points » indiciaires qui revalorisent d'autant leur rémunération, parallèlement aux majorations salariales. D'où un certain écrasement de l'échelle des salaires entre médecins et personnel.

Les courbes mathématiques correspondant à ces deux progressions sont donc divergentes ; leur pente angulaire n'est pas identique et leur écart va donc en s'accroissant, aggravant ainsi inexorablement les perspectives de déficit des Etablissements.

Les masses salariales englobent les « charges sociales » et l'étude que nous avons pu en faire nous a frappé par divers aspects : la charge sociale (toutes cotisations patronales confondues) sur la masse totale des salaires, s'établit pour l'exercice 1973 à 20,50 %.

Statistiquement, il fallait alors compter (1973) une charge de 25,65 % pour le personnel administratif et para-médical (secrétaires et infirmières), parce que les cotisations patronales — et ouvrières — jouent à plein sur des salaires modestes, qui demeurent en deçà des plafonds prévus pour les cotisations. En revanche, les salaires médicaux ont des charges sociales globales de l'ordre de 16,44 %, toutes cotisations patronales incluses, du fait même du plafonnement des diverses cotisations (URSSAF, SS et même IRCANTEC). Nous n'imposerons pas au lecteur le détail des calculs, d'ailleurs faciles à reconstituer, mais ces données sont souvent méconnues et surestimées. On en trouvera un aperçu ci-dessous.

CHARGES SALARIALES DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX MUNICIPAUX DE BOBIGNY (budget 1973)

Catégories	Salaires bruts	Charges sociales patronales	Charges salariales totales	% des charges sociales
Médecins	967 011 F	159 073 F	1 126 084 F	16,44
Dentistes	770 384 F	126 557 F	896 941 F	16,42
Infirmières	285 147 F	58 507 F	343 654 F	20,51
Secrétaires	346 545 F	103 560 F	450 105 F	29,88
Assist. dentaires	217 702 F	55 983 F	273 685 F	25,70
Prothésistes	134 543 F	37 531 F	172 074 F	27,89
Femmes de serv.	137 526 F	44 953 F	182 479 F	32,68
	2 858 858 F	586 164 F	3 445 022 F	20,50

BUDGET GLOBAL DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX MUNICIPAUX DE BOBIGNY (1973)

Salaires avec charges sociales	3 445 000 F
Fournitures et fonctionnement :	
— fournitures médicales	112 152 F
— laboratoire analyses	281 973 F
— fournitures dentaires	200 283 F
— prothèse dentaire « à façon »	81 136 F
	675 544 F → 675 544 F
Frais généraux (loyers, téléphone, chauffage, etc.)	71 281 F
DEPENSES TOTALES	4 191 825 F

Autre poste budgétaire intéressant sur le plan de la gestion : l'absentéisme. D'un taux normal pour l'ensemble du personnel, il est remarquablement faible pour les médecins (de l'ordre de 3 %), bien que ces derniers bénéficient d'une garantie salariale complète en cas de maladie. (1)

Les divers bilans financiers auxquels nous avons pu avoir accès (2) ne montrent pas d'étude de « rentabilité » individualisée par consultation. Seuls les taux de fréquentation sont étudiés. Cette position nous a frappé : une consultation ne vit pas seule et l'étude de sa rentabilité devrait — chose impossible — tenir compte des « retombées » : prescriptions d'examen complémentaires, de radios, envoi sur d'autres spécialistes, etc...

D'autant plus qu'un facteur intervient, à Drancy, à Bobigny comme ailleurs, pour compliquer encore les données : les médecins étant en principe rémunérés de la même façon, il serait tentant de calculer les recettes financières correspondant aux actes pratiqués, en tablant sur le nombre de consultants multiplié par la valeur du « C », du « CS » ou autres lettres-clés. Mais un généraliste travaille seul, un spécialiste a souvent besoin d'une infirmière pour l'aider, un radiologue de deux ou trois. Les « prix de revient » sont donc aussi fluctuants...

Pour ne pas allonger notre propos, nous concluons en remarquant que les postes de dépenses sont surveillés de près, à l'échelon du fonctionnement même des services (fournitures, etc...). Les dépenses salariales sont vues à un niveau plus global, après étude des besoins indispensables en personnel et de la fréquentation des consultations. Cette solution semble plus sage — et peut-être plus efficace — qu'un calcul étriqué — et lourd de possibilités d'erreurs d'interprétation — de la « rentabilité » de telle ou telle consultation.

LE BILAN ET LE DEFICIT DES CENTRES MEDICO-SOCIAUX.
La comparaison des recettes et des dépenses aboutit à un fait frappant : les Centres Médico-sociaux sont en déficit...

Pour quelles raisons ?

Tout d'abord du fait des abattements tarifaires. Nous avons longuement exposé le problème et l'importance de ces abattements, variables de

(1) Sur le statut des médecins des Centres Médico-Sociaux de Drancy et de Bobigny, voir page 41.

(2) Nous tenons à remercier les Directions des Centres des deux villes qui nous ont communiqué à livre ouvert toute leur comptabilité.

surcroît selon les Etablissements. (1) Leur résultat en est brutal : pour des recettes annuelles de l'ordre de 3 à 4 millions par série d'Etablissements (les Centres de Drancy ou ceux de Bobigny) le « manque à gagner », d'un ordre moyen de 15 % (2), peut être évalué de 0,45 millions à Drancy à 0,60 à Bobigny.

Les frais de fonctionnement du « Tiers-payant » : nous les avons aussi étudiés précédemment. Près de la moitié de l'effectif administratif (sept ou huit secrétaires par commune) se consacre à son application : établissement des bordereaux et « ouverture des droits », remboursements correspondants (contrôle des formulaires, rédaction des états de paiement, comptabilité). On peut donc chiffrer ces charges inhérentes à la pratique du tiers-payant à 0,25 millions annuellement, par commune.

La simple addition de ces deux données (abattements tarifaires et frais de « tiers-payant ») fait apparaître la vérité dans sa nudité brutale : le « manque à gagner » dû aux abattements de tarifs et les frais de tiers-payant, à eux deux, seuls, sont quasiment équivalents au déficit global des Etablissements...

Autre source de soucis financiers déjà signalée : le manque de parallélisme entre la progression des salaires et des charges sociales du personnel, des frais de matériel et d'équipement d'une part, et la progression beaucoup plus lente de la valeur des actes médicaux, d'autre part. Cette dernière est loin de suivre l'évolution générale des prix, tout le corps médical, salarié ou libéral, le sait ; les Centrales syndicales médicales protestent assez contre ce phénomène de nivellement.

Le personnel des Centres Médico-sociaux — de statut communal — les médecins et chirurgiens-dentistes, dotés d'un contrat de travail enviable (3) est évidemment un personnel « cher », par sa quantité, par les garanties dont il bénéficie, par les cotisations patronales qu'impliquent ces dernières (retraites complémentaires, congés, etc...). Or, les Centres sont essentiellement, comme disent les économistes, des « entreprises de main-d'œuvre ».

Enfin, la politique sanitaire des deux communes, menée avec constance depuis vingt ans, qui a permis la mise en place et le fonctionnement

(1) Le tableau de la page 79 donne la ventilation exacte des diverses catégories d'Etablissements avec leurs tarifs respectifs.

(2) Ce taux moyen de 15 % vient de la pondération des divers taux d'abattement (10 à 30 %).

(3) Le contrat de travail des Médecins est étudié en page 41.

de toute cette importante structure sanitaire, est évidemment onéreuse. Elle va de pair avec d'autres efforts municipaux du même ordre : la multiplication des colonies de vacances (plusieurs dizaines de milliers de « journées vacances » sont offertes aux enfants des deux villes, qui ont d'ailleurs constitué un « pool » commun de leurs Centres de vacances) ; la création des Foyers-Résidences pour les personnes âgées ; les Maisons de Jeunes ; les constructions scolaires.

Dans cette perspective, une mesure est appliquée depuis leur création dans les Centres Médico-sociaux : la gratuité totale des soins pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Ces dernières n'ont rien à régler quand elles ont besoin de soins, d'examen médicaux ou complémentaires. Le « ticket modérateur » de 25 % leur est abandonné, les Centres se contentent de récupérer le remboursement de la Sécurité Sociale. La pratique est identique pour les travailleurs sans emploi (les « chômeurs ») qui sont plusieurs centaines actuellement dans chaque commune.

Là encore, un manque à gagner certain est à décompter...

Les examens médicaux systématiques des enfants (départs en colonies de vacances) ne sont pas couverts par la législation de la Sécurité Sociale. Ils sont donc assurés gratuitement par les médecins des Centres, ce qui représente plusieurs centaines d'heures annuelles de travail. Les frais en sont supportés à Drancy par la Caisse des Ecoles, à Bobigny directement par les Centres. En dernière analyse, l'impact financier est identique car, dans les deux cas, c'est le budget municipal qui supporte cette charge.

La multiplication des Centres de quartier (quatre actuellement, cinq au printemps 1975) — si elle est fort efficace sur le plan « santé » en permettant aux habitants de ces quartiers, souvent démunis de moyens aisés de communication, de se soigner plus facilement — est fort onéreuse par les investissements immobiliers et techniques qu'elle suppose et par la multiplication des postes de travail (médecins, infirmières, secrétaires) qu'elle implique, sans que ces petits Centres soient évidemment saturés dans leur activité et que leurs consultations fonctionnent à plein.

Enfin, une question nous est venue à l'esprit, l'exercice salarial de cette forme de médecine n'entraîne-t-il pas une sorte de « sous-cotation » des actes médicaux pratiqués ? Les praticiens signalent-ils toujours tout ce qu'ils font (actes de petite chirurgie, examens techniques cotés en « K », examen d'un malade entre deux rendez-vous) ? Nous nous sommes demandé si beaucoup de tels actes n'étaient pas comptabilisés et n'étaient donc pas remboursés par la Sécurité Sociale, faisant ainsi perdre aux Centres une certaine partie de leurs recettes.

L'habitude de soigner gratuitement les accidents scolaires, et ils sont relativement nombreux dans une population juvénile importante,

revient en fait à subventionner les Compagnies d'Assurances privées qui couvrent ce genre de risque. Car les dites Compagnies refusent évidemment toute convention de « tiers-payant »...

Qu'ajouter à ces quelques réflexions ?

Si la médecine libérale de groupe (polycliniques, cabinets de groupe, etc...) est rentable, les Centres Médico-sociaux sont déficitaires. Pourquoi ?

Le Secteur public n'est pas en cause car un fait saute aux yeux : les discriminations tarifaires, la lourdeur de la pratique du « tiers-payant » sont responsables de la plus grande partie du déficit des Etablissements. La politique sanitaire des Collectivités gestionnaires — en l'occurrence les villes de Drancy et de Bobigny — fort généreuse et efficace dans son orientation et ses résultats, est aussi une politique onéreuse : au moment où les difficultés budgétaires des Collectivités locales deviennent fort préoccupantes, le souci du bien-être, la défense de la santé de leurs concitoyens inspirent visiblement ces Collectivités et demeurent, pour elles, un impératif fondamental.

VII. — LES MALADES

A Drancy et à Bobigny, les Centres Médico-sociaux s'adressent à une double clientèle, nettement tranchée : une population inactive (retraités, enfants, femmes au foyer — quoique celles-ci soient souvent esclaves des horaires scolaires) ; une population active, obéissant aux horaires de travail et ne pouvant donc consulter qu'en fin de journée ou le samedi. (1)

Les Etablissements ont donc organisé leurs consultations pour répondre aux besoins divergents de ce double secteur : au long de la journée pour la première, le soir et le samedi pour la seconde.

Car — en dehors des congés de maladie et des périodes d'arrêt de travail — la perte de salaire et la nécessité de demande d'absence à l'employeur pour venir en consultation pendant le travail, constituent un frein important à la consommation médicale, dans ces milieux essentiellement ouvriers de la banlieue parisienne.

Les Centres ont donc tenté de créer, au moins un soir par semaine, ou le samedi, une consultation de chaque spécialité. Cependant, la chose n'est pas toujours possible. Dans le même esprit, le mercredi, jour de repos scolaire, est par essence le « jour de la pédiatrie ». Mais les pédiatres n'ont, eux aussi, qu'un mercredi à partager entre leurs diverses consultations... Cependant, si l'existence de consultations vespérales ou de fin de semaine répond aux besoins de la population, besoin confirmé par la fréquentation, on se heurte néanmoins à certains problèmes fort contradictoires :

Les médecins et le personnel manifestent quelque réticence à travailler le samedi. Le principe même en est remis quelquefois en question, tout au moins quant à la soirée. Les malades ont tendance à modifier leur rythme de vie et de loisirs : les courses dans les magasins (influence des « grandes surfaces »....), les sorties dès le printemps, les émissions de télévision influent indéniablement sur la fréquentation des Centres. Une retransmission télévisée d'un match sportif fera à tout coup le vide dans les salles d'attente, tout comme dans les rues ou les magasins. Et, subitement, dans la demi-heure qui suivra la fin de l'émission, les malades reviendront. Autre aspect de l'influence de la télévision sur les activités des Centres : les émissions enfantines à succès dépeuplent les consultations dentaires, les jeunes patients ne voulant pas « manquer » leur feuilleton plusieurs semaines de suite (ils décaleront leurs rendez-vous quand les soins doivent se poursuivre...)

(1) Voir « Paris et l'agglomération Parisienne : l'espace social dans une grande cité ». P. Chombard de Lauwe. Chapitre X, tome 1.

La pratique religieuse a une certaine importance, pour surprenante que cela paraisse, sur la fréquentation médicale. La population autochtone garde — malgré la déchristianisation générale de la France, encore plus marquée dans ces « banlieues rouges » — un comportement socio-religieux souvent inconscient mais qui se manifeste, par exemple, dans le calendrier des mariages : on ne se marie pas en mai — le « mois de Marie ». Les examens pré-nuptiaux diminuent de façon très spectaculaire les semaines précédentes. Par contre, les commandes de prothèse dentaire augmentent nettement dans la période qui précède les grandes fêtes religieuses (au printemps les « communions », l'hiver Noël...) pendant que les séances de catéchisme préparant à la « communion » freinent la fréquentation enfantine des consultations matinales au printemps.

Parallèlement, chez les travailleurs immigrés, la population islamique pratiquante respecte le Rhamadan, période pendant laquelle toute ingestion est prohibée entre le lever et le coucher du soleil. La pratique des injections médicamenteuses et des radios digestives est alors scrupuleusement évitée, au moins chez les Musulmans stricts.

Beaucoup plus importants sont les facteurs économiques : ils ont un écho certain sur les activités des Centres de Santé qui enregistrent une baisse globale de fréquentation à partir du 25 de chaque mois, pour reprendre le 30, date du versement des salaires. Ces variations très sensibles, malgré la pratique du « tiers-payant » (car il faut acheter les médicaments...) sont encore plus marquées chez les pharmaciens ; les officines voisines constatent une chute de vente — sauf pour les antibiotiques — dès le 15 ou le 20, pour ne reprendre qu'en fin du même mois. On a là une manifestation objective de la fragilité économique de la population de ces banlieues ouvrières. Ces fluctuations, sur le plan médical et pharmaceutique, montrent bien que l'on se trouve devant une population à faible revenu et à faible niveau de vie.

Toujours à propos des fréquentations des malades, un phénomène curieux a été évoqué à plusieurs reprises devant nous par divers responsables de Centres Médico-sociaux de la région : la loi du « changement de temps ». Toute modification météorologique, dans un sens comme dans l'autre, (apparition du beau temps, début d'une période froide ou pluvieuse) freine la venue des malades pendant un ou deux jours ; puis le rythme reprend... Comme si les patients voulaient profiter du beau temps ou attendre, au contraire, une embellie... Vue de l'esprit ou constatation exacte, nous n'avons pu — faute de registre météorologique quotidien — confronter celui-ci avec les statistiques journalières de fréquentation. Nous livrons la remarque telle quelle, pour ce qu'elle vaut, au lecteur.

Le restructuration des communes — Bobigny en particulier est désormais une « ville nouvelle » — où les gratte-ciel en béton ont chassé le

« Vieux Village » et ses maraîchers — a modifié considérablement l'équilibre démographique des villes. Les expropriations, l'implantation du réseau autoroutier ont taillé dans le vif et bouleversé le tissu urbain, causant le départ de nombreux habitants âgés, installés dans de pauvres maisons. Les consultations des Centres ont ressenti cette modification : de vieux « clients » ont disparu, relogés, répartis en province ou décédés au fil des ans. Une population jeune, à pathologie différente, est apparue en rangs serrés (1) d'où un inévitable retentissement sur l'activité de certaines consultations (gynécologie, pédiatrie).

Les travailleurs étrangers, eux aussi, ont évolué dans leur recrutement au cours des vingt dernières années : les Espagnols et les Italiens sont francisés depuis longtemps, les Nord-Africains (2) sont en passe de l'être pour beaucoup d'entre eux, après de longs séjours en France (3). Mais sont maintenant venus Portugais et Noirs, mal adaptés, connaissant peu notre langue, se heurtant aux pires difficultés de travail, de logement, de communication orale.

Quelle peut être la motivation des malades qui fréquentent les Centres ?

Bien entendu, en premier rang, une motivation économique : la pratique du « tiers payant » ne les oblige pas à avancer une somme d'argent importante pour les actes médicaux dont ils ont besoin. Les « plus de soixante-cinq ans » bénéficient même de soins et d'examen médicaux totalement gratuits.

Mais ces malades bénéficient aussi, dans les Centres, d'une médecine d'équipe, d'une certaine qualité — à laquelle ils sont fort sensibles, tout comme à l'absence de liens d'argent entre eux et leur médecin. Cette relation préférentielle est assez souvent exprimée.

« L'unité de lieu » — par la concentration géographique en un Centre des consultations de spécialistes, du laboratoire, de la radiologie ne leur est pas indifférente (on évite ainsi des déplacements plus ou moins lointains).

(1) Sur les 51 000 habitants de Bobigny, on compte 16 000 « moins de 20 ans » (31 %) et 3 670 personnes de plus de 60 ans (7 %).

(2) « Les travailleurs Algériens en France » d'Andrée Michel. Chapitre III : accidents du travail et maladie. Voir aussi le « syndrome nord-africain ». Frantz Fanon in « Esprit » No 2, février 52.

(3) Evoquons à ce propos, la fréquentation des consultations de P.M.I. par les femmes algériennes. Elles viennent toujours avec deux ou trois enfants, voire avec le grand père. Elles se retrouvent donc dans les salles d'attente de P.M.I., sans présence masculine gênante (les pères sont rares dans une consultation de nourrissons), tellement heureuses d'avoir l'occasion de se rencontrer qu'elles arrivent bien volontiers en avance sur les horaires et restent bien après la consultation, constituant dans la salle d'attente de petits cercles pépiants, chaises rapprochées, qui échangent en Arabe ou en Kabyle les dernières nouvelles. Un lieu d'échange, ouvert d'ailleurs à l'action culturelle et à l'éducation sanitaire (voir page 50).

Le règlement de P.M.I. stipule bien que la mère doit venir seule, avec son enfant. Mais une certaine souplesse d'application n'est pas malvenue...

Le libre choix du médecin — puisque les praticiens sont nombreux — la possibilité de prendre un rendez-vous téléphonique — donc d'éviter des attentes et d'être « sûr d'avoir une place » à la consultation jouent très certainement de façon attractive. (1)

Le cadre, la qualité de l'accueil, la tonalité générale du fonctionnement des Centres contribuent à cette attitude : tout au long des années, le pourcentage des malades des « classes moyennes » va en s'accroissant. (2) Le vieux fonds de clientèle « indigente » (du temps du « Dispensaire ») est certes demeuré : c'est un bien. Mais les taux d'activité ayant progressé de façon notable, ce fonds a été noyé dans un courant nouveau de malades, très différents. Le phénomène est particulièrement frappant à Bobigny, du fait de la promotion de cette ville en chef-lieu de la Seine-Saint-Denis, avec l'implantation de tous les services départementaux que cela suppose. Il n'est désormais plus du tout surprenant de rencontrer dans une salle d'attente tel haut fonctionnaire préfectoral, tel membre du Tribunal ou tel architecte parmi les autres malades qui viennent, eux, des grandes cités ou de ces « wohnung-silos » que constituent les tours...

A Drancy, le phénomène est identique : de véritables « clientèles » se sont créées, personnalisées et propres à chaque praticien (3). Ce processus objective peut-être, en dernière analyse, la motivation toute simple des malades : à un prix raisonnable, dans un cadre avenant, venir consulter le praticien de leur choix, « leur » médecin...

(1) Remarquons que beaucoup de malades ont deux médecins : un médecin du Centre qui les suit régulièrement, un médecin libéral qu'ils appellent épisodiquement à leur domicile (« pour le cas où... ») On se heurte là encore à la discontinuité des soins, qui n'est certes pas l'écueil que des seuls Centres Médico-Sociaux.

(2) La présentation par les malades de leurs bulletins de salaires pour bénéficier du « tiers-payant » permet de « suivre » le recrutement des diverses consultations.

(3) Voir page 28.

VIII. — CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Nous voici donc arrivé au terme de cette rapide enquête sur les Centres Médico-Sociaux Municipaux de Drancy et de Bobigny. Il aurait, certes, fallu l'approfondir davantage...

Notre propos a été de nous livrer à une étude monographique, tentant d'entrer dans le détail des structures et du fonctionnement de ces Etablissements, en évitant les considérations générales bien connues et largement publiées par ailleurs. Mais combien de penseurs, de doctrinaires ou de responsables ont-ils franchi les portes de tels Centres, pour les voir vivre, pour visiter leurs installations, pour partager la vie quotidienne des médecins qui y exercent ? A combien faut-il apprendre qu'il existe des abattements de tarifs, que les praticiens se voient dénier leur qualité de salariés et leur droit à un contrat de travail ?

On a beaucoup écrit sur la Médecine Salariée, mais elle reste, en fait, une grande méconnue...

Au cours des vingt dernières années — et au rythme de l'urbanisation de cette banlieue du Nord-Est de Paris — toute une structure médicale originale s'est implantée. Deux villes, parmi d'autres, il faut le rappeler, ont constitué un équipement sanitaire étoffé, groupant une bonne douzaine de Centres. Une expérience de quinze ou vingt ans permet d'avoir un certain recul pour en juger l'efficacité, qui semble certaine, et l'importance, qui est notable.

Les activités des Etablissements sont très diversifiées, allant des consultations de base (médecine générale, pédiatrie, ORL), à des consultations plus élaborées (la psychiatrie, la planification familiale, l'orthodontie). Ces Centres sont bien insérés au point de vue professionnel, tant dans leur articulation avec le secteur public de la médecine (hospitalisation, prévention) qu'avec le privé (médecins libéraux, cliniques), tout en répondant parallèlement aux besoins de la Collectivité locale (service des vaccinations ; colonies de vacances, etc...)

Une équipe médicale et para-médicale homogène anime ces Centres Médico-Sociaux : les médecins semblent jouir d'une indépendance professionnelle totale, sans contrainte administrative abusive. Dotés d'un contrat de travail leur garantissant une excellente couverture sociale, maîtres de leurs rythmes d'activités, ces praticiens ont évidemment leurs problèmes : ceux de tout travail en équipe (liaison, échange).

L'étalement dans le temps de la création des Centres, l'absence d'une réglementation précise relative aux locaux ont permis l'élaboration d'expériences architecturales fonctionnelles, sans cesse remises en question, et qui

semblent bien adaptées aux besoins médicaux et à la qualité de l'accueil des malades.

Tout cet équipement a été élaboré à la seule initiative des Collectivités Locales gestionnaires, en l'occurrence les communes de Drancy et de Bobigny. Privées de toute aide et de toute subvention de la part de l'Etat ou de la Sécurité Sociale, ces communes doivent subir, en plus, le handicap financier d'abattements tarifaires et supporter les frais inhérents à la pratique du « tiers payant », qui permet aux malades assurés sociaux de n'avoir à acquitter que le « ticket modérateur ».

Il s'ensuit un déficit inévitable, supporté par les communes, ces dernières consacrant 10 % de leur budget annuel à la rubrique « Santé ».

La population semble apprécier cette option, puisqu'elle fréquente assidument les Centres Médico-Sociaux Municipaux, qui assurent une part très notable de l'activité médicale locale : le facteur économique n'est sans doute pas la motivation dominante de ce comportement, mais bien plutôt la fidélité d'une « clientèle » très attachée aux équipes médicales des Centres.

Mais pourquoi cette structure médicale s'est-elle épanouie là plutôt qu'ailleurs ? Pourquoi des communes comme Drancy et Bobigny endossent-elles volontairement une lourde charge financière, sans aucune aide de l'Etat ou de la Sécurité Sociale ?

Sans doute y a-t-il là un engagement délibéré vis-à-vis d'options sociales, un choix — avec le souci d'aider leurs populations — qui sont, nous semble-t-il, tout à l'honneur de ces deux villes.

Car les Centres répondent de toute évidence à une double aspiration : celle des malades, nous l'avons vu ; celle des jeunes médecins, qui sont nombreux à poser leur candidature. Les Centres Médico-Sociaux correspondent donc à un besoin : ils complètent, en s'articulant avec lui, le secteur médical privé.

Tout comme les cabinets de groupe sur le plan libéral, les Centres Médico-Sociaux Municipaux — sur le plan de la médecine salariée — représentent sans doute un prototype, une des ébauches de la médecine de demain. Solutions originales, ils ne constituent sans doute ni les uns ni les autres une panacée et « la » réponse aux problèmes de l'exercice médical en cette fin de siècle.

Mais y a-t-il « une » réponse ?

Celle-ci ne sera-t-elle pas multiforme, s'adaptant aux besoins, aux lieux et aux malades ?

IX. — BIBLIOGRAPHIE

1. — Agulhen (M.) : *L'Opinion politique dans une commune de banlieue* (Bobigny). Armand Colin. Paris 1952, 150 pages.
2. — Buisson (Jean) : *Peut-on rompre le cloisonnement ? Les solutions raisonnables*. Centre de Santé. N° 152. Août 1972. 8 pages.
3. — Chombart de Lauwe : *Famille et habitation*. Centre National de la Recherche Scientifique. Paris 1960. 364 pages.
4. — Chombart de Lauwe : *Paris et l'agglomération parisienne : l'espace social dans une grande cité*, 2 tomes. Paris 1952, 370 pages.
5. — Fanon (Frantz) : *Le « syndrome nord-africain »*. In *Esprit*. Février 1952. 14 pages.
6. — Godbout (Jacques) et Nicole Martin : *Implantation des Centres locaux des Services communaires et les organismes communautaires autonomes*. INRS urbanisation. Cahiers de l'ENAP. Université du Québec. 1974. 150 pages.
7. — Godier (Georges) : *Evolution politique de Bobigny, son influence sur quelques problèmes d'urbanisme*. Diplôme de Médecine sociale. Faculté de Médecine (Paris 1959). 11 pages.
8. — Godier-Marlin (Suzanne) : *Réflexions sur quelques tâches psychopédagogiques du médecin de colonies de vacances*. Thèse Paris 1957. 90 pages.
9. — Michel (Andrée) : *Les travailleurs algériens en France*. Centre National de la Recherche Scientifique. Paris 1956. 234 pages.
10. — Reigner (Jean) : *Formation et recyclage des secrétaires médicales*. Centre de Santé n° 168. Mars 1974. 1 page.
11. — Steinberg (Benjamin) : *Le statut des Centres des Santé*. Centre de Santé n° 156. 3 pages.
12. — Steudler : *Evolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique*. Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales. Avril 1973. 7 pages.

13. — Vaugondy (Robert de) : *Les promenades des environs de Paris*. Paris 1756. 63 pages.
14. — X... : *Bobigny : notice historique et renseignements administratifs*. Préfecture de la Seine. 1899. 75 pages.

Le lecteur intéressé par ces questions pourra se reporter à la collection de la revue « Le Centre de Santé » (3, rue de Stockholm, à Paris), qui publie aussi les comptes rendus du Congrès annuel de Médecins de Centres de Santé.

On pourra, enfin, consulter le Bulletin publié régulièrement par le « Comité de Défense et de Liaison des Centres de Santé à but non lucratif » (5, rue Las-Cases, Paris-7^e).

Vu, le Président de thèse :

Pr J. DEBRAY

Vu, le Doyen :

Pr J. DEBRAY

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :

R. MALLET

Achevé d'imprimer le 14 février 1975
sur les presses de l'imprimerie SOLER
rue des Deux-Ponts, à Aulnay-sous-Bois
Seine-Saint-Denis, téléphone : 929-63-85

PRINTEND IN FRANCE

